

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

386 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean AUDOUIN

Né le 6 décembre 1900, à Brest (Finistère)
Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris
Aide d'Anatomie à la Faculté

LA PÉRICOLITE DROITE
AVEC STASE

SON TRAITEMENT
PAR L'HÉMICOLECTOMIE DROITE

Président : M. A. GOSSET, professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean AUDOUIN

Né le 6 décembre 1900, à Brest (Finistère)

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté

LA PÉRICOLITE DROITE
AVEC STASE

SON TRAITEMENT
PAR L'HÉMICOLECTOMIE DROITE

Président : M. A. GOSSET, professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

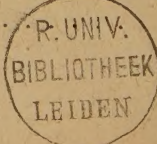
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1931

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
 BROCC. Pathologie chirurgicale.
 BRULE. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ÉCALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON. Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUENU. Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXÉ

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
 BASSET . . . Clinique chirurgicale
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT . Agrégé .	
LEDOUX-LEBARD	
WEILL-HALLÉ	

Stomatologie,
 Education physique.
 Radiologie clinique
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON AMI

MICHEL COMAR

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de la Salpêtrière
Grand Officier de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE

LE PROFESSEUR H. HARTMANN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE

LE PROFESSEUR R. GRÉGOIRE

Professeur de chirurgie expérimentale à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Tenon
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR B. CUNEO

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR P. FREDET

Chirurgien de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR A. BERGERET

Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR HARTMANN.
M. LE PROFESSEUR LOEPER.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PROUST.
M. LE PROFESSEUR P. MERKLEN.

Externat :

M. LE DOCTEUR FREDET.
M. LE DOCTEUR MONNIER-VINARD.
M. LE DOCTEUR LAUBRY.
M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.

Internat :

1927. M. LE DOCTEUR FREDET.
1928. M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE.
1929. M. LE PROFESSEUR GOSSET.
1930. M. LE PROFESSEUR H. HARTMANN.
» M. LE PROFESSEUR CUNEO.

A MM. LES DOCTEURS CHARRIER et WELTI, Chirurgiens
des Hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR SAUVAGE.

A MM. LES DOCTEURS AMELINE, BERNARD, BOPP, LEI-
BOVICI, MAURER, OBERLIN, PETIT-DUTAILLIS,
THALHEIMER, SENEQUE, SOUPAULT, chirurgiens
des Hôpitaux.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE PRATIQUE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE.

INTRODUCTION

La péricolite avec stase est une affection grave très souvent méconnue. Il importe de la bien connaître et de la bien traiter car, à un degré moindre elle est une infirmité qui rend la vie pénible à supporter, à un degré plus accentué elle peut aboutir à la mort.

Il suffit d'interroger d'anciens malades gravement atteints et guéris pour se rendre compte des modifications considérables qu'une thérapeutique efficace a apportées dans leur vie et les expressions de « résurrection » et de « joie de vivre » qu'ils emploient traduisent bien la transformation opérée.

Pourtant certains chirurgiens se refusent à pratiquer toute intervention sur ces malades qui semblent pouvoir supporter une infirmité dont la principale manifestation est un symptôme banal : la constipation.

L'imprécision de ce terme permet d'oublier la différence fondamentale qui existe entre les répercussions de ses deux variétés : « droite » rare mais nocive et « gauche » fréquente mais bénigne.

Cette confusion est un des facteurs qui a contribué à jeter le discrédit sur la thérapeutique chirurgicale de la péricolite droite et l'association « chirurgie » et « constipation » semble à juste titre un défi au bon sens.

L'opposition entre les résultats observés et les opinions habituellement émises nous a fait comprendre l'intérêt de cette question et nous a amené à l'étudier dans le but d'en préciser les indications opératoires.

* * *

Dès que l'on aborde l'étude de la péricolite, on se perd dans un dédale de considérations qui font passer au second plan la description clinique et la rendent imprécise.

La confusion qui règne à ce sujet se traduit par la terminologie multiple de cette affection, terminologie variable suivant l'angle — anatomique, physiologique, pathogénique ou clinique — sous lequel les auteurs ont envisagé la question. En faire la simple énumération serait trop long et fastidieux.

Aussi lorsque nous avons voulu préciser le traitement de la péricolite, avons-nous été amené à en tracer un tableau clinique schématique.

Pour le rendre simple, il faut le dépouiller de ses considérations pathogéniques, l'isoler des troubles disparates qu'on a pu y attacher ; il suffit donc de l'interpréter, non comme un syndrome, mais comme la traduction d'une maladie bien individualisée et *bien définie* dont on peut poser le diagnostic. Dès lors, il devient possible de décrire à l'affection une évolution simple et uniforme avec : une période de début, une période d'état et des complications. L'enchaînement de ces manifestations évolutives est facile à comprendre quand on a présenté à l'esprit la physiopathologie du côlon droit.

Le tableau clinique étant posé, ses étapes précisées, on peut envisager le traitement qui a donné lieu à de multiples controverses — il en est ainsi pour toute affection dont la définition reste vague et dont les stades ne sont pas bien précisés.

Au début et pendant une longue période, la thérapeutique strictement médicale nous semble justifiée. Mais, lors de l'échec de celle-ci, quand les complications commencent à apparaître, il faut appliquer le traitement chirurgical.

A cette période tardive, seule l'hémi-colectomie droite donne de bons résultats. Nous avons étudié cette intervention au point de vue indications opératoires, technique et résultats. Nous

croions qu'elle est logique car elle est basée sur la théorie pathogénique que nous avons retenue.

* * *

En cherchant à améliorer les résultats de l'hémi-colectomie droite, on est amené par la physiologie à envisager le rôle du sphincter iléo-cæcal. Une étude anatomique et physiologique de la valvule de Bauhin précède l'exposé de la technique chirurgicale de sa conservation et les indications opératoires qu'elle comporte.

* * *

Ce travail a été fait dans le service de notre Maître, le Professeur HARTMANN. Nous saisissons ici l'occasion de le remercier de l'affection qu'il n'a cessé de nous témoigner, de l'enseignement clinique et de l'éducation chirurgicale qu'il nous a donnés. Nous sommes fier d'être un de ses élèves et d'avoir reçu la forte empreinte de son école.

Nous devons les observations sur lesquelles cette étude est basée à son assistant, le Docteur BERGERET. Guidé par ses conseils, nous avons personnellement revu et examiné les malades qu'il avait opérés suivant la technique que nous publions. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour la riche documentation qu'il nous a apportée et l'aide précieuse qu'il nous a donnée.

DÉFINITION

La péricolite droite, avec stase (1) est une affection individualisée et non un syndrome ; elle est caractérisée :

1. *Anatomiquement*, par une série de formations fibreuses, vélamenteuses ou membraneuses qui occupent essentiellement le côlon droit (2) ou tout au moins présentent leur maximum à son niveau.

2. *Physiologiquement et radiologiquement*, par une stase.

3. *Cliniquement*, par un début latent, une période d'état dont les éléments primordiaux sont la constipation et la douleur, une évolution par poussées et des complications toxiques et infectieuses graves pouvant entraîner la mort. Son diagnostic peut être posé d'une façon précise.

4. *Son étiologie* nous semble unique : la colite.

* * *

Cette définition la différencie :

a) *De certains replis embryonnaires*, qui ne présentent qu'une anomalie dans l'évolution des mésos du colon ou dans l'embryologie du grand épiploon.

Ces replis n'ont pas d'histoire clinique propre. Ils ne présentent aucune manifestation pathologique et leur intérêt vient du seul diagnostic anatomique qu'ils posent avec la péricolite.

1. Le qualificatif « avec stase » rappelle l'élément capital de l'affection et la différence des autres péricolites.

Les termes « essentielle » ou « primitive » seraient inexacts car en réalité nous verrons que cette péricolite est symptomatique et secondaire.

2. Côlon droit embryologique, c'est-à-dire côlon droit et terminaison du grêle.

b) *Des autres péricolites* : réaction péritonéale autour d'une lésion spécifique du côlon — néo, bacillose, syphilis, mycoses.

c) *Des péritonites chroniques primitives* (tuberculeuses, syphilitiques) localisées se manifestant par des adhérences multiples ou des brides isolées.

Les éliminer nous entraînera à ne pas mentionner les occlusions dans le chapitre des complications de la péricolite.

d) *Des réactions péritonéales* siégeant autour des organes de voisinage qui, par leur extension, ont atteint le côlon, péricholécystite, périduodénite, périannexite, et surtout : réaction péri-appendiculaire dont nous étudierons les rapports avec la péricolite dans un chapitre spécial (au diagnostic) ;

e) *Des adhérences post-opératoires* vraies — distinction capitale, car l'évolution, la cause et le traitement sont différents. Elles ont une histoire clinique propre que l'on a divisée en deux périodes : période active où l'intervention chirurgicale est illusoire, période passive où les adhérences deviennent « mortes » et l'intervention efficace.

Leur maximum siège au niveau du traumatisme opératoire. Elles peuvent, par leur extension, atteindre le côlon, mais cette extension se fait le plus souvent sans distinction d'organe, en particulier elles englobent fréquemment les anses grêles, ce que ne fait jamais la péricolite.

f) *Des épiploïtes* secondaires ou primitives, accompagnées ou non d'adhérences : elles ont une évolution et une étiologie qui leur est propre, elles ne font pas partie de la péricolite : elles peuvent cependant venir la compliquer ;

g) *Des stases coliques* droites, secondaires à un obstacle mécanique ou dynamique siégeant sur le reste du côlon ;

h) *Des diverses malformations* du côlon telles que cæcum mobile, inversion de cæcum, cæcum ptosé, volvulus du cæcum. Sauf peut être le volvulus, elles n'ont pas d'histoire clinique propre — leur manifestation pathologique vient des lésions associées.

i) *De la dilatation simple* (sans colite, ni péricolite) du cæcum ou du côlon droit : cet état correspond peut-être à l'état de pré-disposition dont nous parlons dans la pathogénie.

* * *

Nous ne ferons pas la distinction classique en péricolite primitive et secondaire ou post-opératoire.

Elle n'est jamais primitive, puisque secondaire à la colite. Quand elle semble avoir une évolution post-opératoire, il s'agit :

— Quelquefois d'une erreur de diagnostic : l'intervention a été inutile ou nocive ; les troubles qui surviennent à sa suite n'en sont pas une complication mais traduisent son inefficacité.

— Parfois d'une complication de la péricolite qui a attiré l'attention ; à la suite de l'intervention une rémission passagère survient, bientôt l'évolution continue.

— Ou encore il s'est agi d'une infection intercurrente (cholécystite, salpingo-ovarite) qui a déclenché une poussée de péricolite jusque-là latente.

L'interrogatoire permettra, dans tous les cas, de retrouver une évolution antérieure à l'intervention.

Dans quelques cas enfin, il s'agit, non pas de péricolite, mais d'adhérences post-opératoires vraies.

CHAPITRE PREMIER

PHYSIOPATHOLOGIE DU COLON DROIT (1)

Physiologiquement, le côlon droit ou proximal, comprend le cæcum, le côlon ascendant et le 1/3 droit du côlon transverse : il est compris entre deux sphincters : le sphincter iléo-cæcal et l'anneau de Canonne. Rappelons cependant que l'embryologie permet d'y rattacher l'iléon terminal.

Il est séparé, par le côlon intermédiaire, du côlon gauche (ou terminal) que forment le sigmoïde et le rectum.

Il possède deux fonctions essentielles : une fonction de transit due à sa motricité, et une fonction digestive, due aux phénomènes biochimiques qu'il présente.

A. — MOTRICITÉ DU COLON DROIT

Le chyle est déversé rythmiquement par la valvule de Bauhin dans le cæcum : là, deux mouvements contraires assurent son brassage et règlent sa progression : les mouvements péristaltiques et les mouvements antipéristaltiques.

Les mouvements *péristaltiques*, déclanchés par la simple arrivée du chyme, se déplacent du cæcum vers le transverse.

Les mouvements *antipéristaltiques* sont de véritables ondes rétrogrades. Déclanchés par la mise en tension du côlon droit, ils naissent au niveau de l'anneau de Canonne et s'opposent à la progression des matières en les refoulant vers le cæcum. Pris

1. Nous remercions M. le Professeur Binet des précieuses indications qu'il a bien voulu nous donner.

entre ces deux sortes de mouvements, le chyle subit une série de va-et-vient qui le font séjourner dans le cæcum. Il s'y accumule tout d'abord, s'en élimine ensuite lorsque la dilatation du côlon est devenue suffisante pour déclancher l'onde péristaltique plus énergique qui assurera sa progression.

Le contact du contenu intestinal avec la paroi est rendu plus intime par des mouvements *segmentaires*, contractions circulaires dont l'effet est de morceler le contenu sans le faire avancer. Signalons accessoirement que, lorsque le cæcum n'est pas fixé, interviennent encore à son niveau des mouvements pendulaires qui le portent alternativement de droite à gauche et inversement assurant ainsi un meilleur brassage de son contenu : ils peuvent, lorsque le cæcum est très mobile se combiner à un mouvement de torsion.

Ainsi mouvements de progression et mouvements de brassage maintiennent pendant plusieurs heures le chyle dans le cæcum, réservoir digestif aussi important que l'estomac. Pendant ce temps, le chyle maintenu en contact intime avec la paroi du côlon droit subit des modifications importantes et perd son caractère cæcal ; Lorsqu'il atteint le côlon intermédiaire il a déjà pris le caractère fécal.

Les troubles de la motricité se traduisent par une modification du transit qui se répercutera sur le rythme et le caractère des évacuations alvines.

La *parésie* ou l'insuffisance musculaire ralentit le transit ; les matières s'accumulent, tardent à progresser et à être évacuées ; il y a stase et constipation. On l'appellera constipation droite ou obstipation pour indiquer qu'elle reconnaît une origine cœlique droite et on l'opposera à la constipation gauche ou dyschésie qui est d'origine cœlique gauche.

Le même résultat est obtenu par le *spasme*, exagération des mouvements segmentaires qui s'oppose à la progression des matières.

La constipation peut donc être due, soit à de la parésie, soit au spasme ; aussi a-t-on voulu différencier les constipés en spasmodiques et en atones. Il est impossible actuellement de conserver cette classification ancienne, car le spasme se voit même chez les atones et ces deux états peuvent se voir simultanément ou successivement chez le même malade.

Par contre, l'*hyperpéristaltisme simple* accélère le transit. Le chyle ne subissant pas le temps d'arrêt normal dans le côlon droit, n'est plus modifié : il arrive dans le côlon gauche ayant gardé son caractère cæcal et est ainsi évacué. On aura dans ce cas une diarrhée à caractère cæcal ou vraie diarrhée que l'on oppose à la fausse diarrhée qui n'est qu'une hypersecrétion côlique enrobant un bol fécal normal.

L'*hyperpéristaltisme avec spasme* ralentit le transit car le spasme détermine l'arrêt de la progression.

Ainsi l'hyperpéristaltisme, suivant qu'il est accompagné ou non de spasme, provoquera de la diarrhée ou de la constipation.

EXCITANTS DE LA MOTRICITÉ.

Pour envisager la cause des troubles moteurs, il nous faut d'abord rappeler le mécanisme physiologique normal. La motricité du côlon est sous la dépendance de *centres neuromusculaires* autonomes intrinsèques qui siègent dans sa paroi : ce sont les cœurs abdominaux de Barclay, dont deux plus importants siègeraient au niveau du sphincter iléo-cæcal et de l'anneau de Canonne. Ils sont autonomes, car on voit subsister les contractions du côlon droit après section de tous les nerfs — pneumogastrique et sympathique — y aboutissant.

L'origine de la motricité côlique est donc dans sa paroi même ; c'est dire l'importance que peut avoir l'atteinte pariétale du côlon dans la péricolite.

L'innervation extrinsèque n'a qu'une action modificatrice réflexe. C'est à cette *excitation réflexe* que sont dus les troubles côliques que l'on observe dans les émotions, nombre d'affections

nerveuses et peut-être le Basedow. C'est à elle qu'il faut rattacher l'occlusion paralytique des grands syndromes de l'abdomen.

Mais au point de vue physiologique, l'un des réflexes les plus importants est le réflexe gastro-colique : son exagération se traduit par la diarrhée post-prandiale.

En pratique, l'excitation de ces centres neuro-musculaires reconnaît surtout une *cause mécanique* : l'arrivée du chyle dans le cæcum, puis sa distension. Celle-ci, — elle est complète sept heures après l'ingestion —, détermine chez les colitiques, une exagération des contractions et aboutit à une évacuation diarrhéique dont la selle dite « réveille-matin » n'est qu'une variante.

C'est pour exagérer cette excitation mécanique que l'on prescrit une alimentation à gros déchets chez les constipés.

Il est plus difficile d'apprécier le rôle de l'*excitation humorale* ; son action sur la tonicité des contractions est cependant certaine.

La bile a une action péristaltigène.

L'extrait d'hypophyse (lobe postérieur) est utilisé dans les occlusions paralytiques.

Les dysthyroïdies s'accompagnent de troubles digestifs : il y a constipation dans les cas d'hypothyroïdie — constipation que l'on a pu guérir par l'opothérapie — hyperpéristaltisme et hypersécrétion en cas d'hyperthyroïdie.

En outre, à l'heure actuelle, on tend à considérer que la mise en jeu des contractions coliques serait due à l'excitation des plexus nerveux par des hormones élaborées dans les tuniques intestinales du grêle.

Une modification des sécrétions glandulaires (thyroïde, hypophyse, foie et peut-être rate et surrénale) entraînera soit directement, soit indirectement, une modification du tonus musculaire (atonie ou péristaltisme). Mais inversement, on verra que les toxines intestinales vont agir sur ces glandes.

B. — BIOCHIMIE DU COLON DROIT.

A l'opposé du côlon gauche, qui n'a qu'un rôle de transit, le côlon droit a un rôle de digestion et d'absorption destiné à modifier le contenu intestinal.

Le côlon droit *absorbe* surtout de l'eau, 4 à 500 grammes par jour. Après son passage dans le côlon droit, le bol fécal voit sa teneur en eau tombée de 90 à 75 % ; de liquide, il est devenu solide. — Ainsi s'explique la déshydratation intense qui suit une fistule iléale à la peau, et on a pu dire « c'est par le côlon droit que s'apaise la soif ».

Les autres absorptions — en particulier des sels — jouent en physiologie normale, un rôle plus accessoire.

On outre, les albumines assimilables seraient en partie résorbées ainsi que le traduit la diminution du taux de l'azote.

Les hydrates de carbone (sucre, amidon) attaqués déjà par les sucs digestifs, y activent leur assimilation et, fait important, les membranes cellulosiques minces (pommes de terre) sont attaquées.

Ce rôle, dans l'utilisation des hydrates de carbone, se traduit en anatomie comparée par une hypertrophie du cæcum chez les herbivores et les granivores, par une atrophie, au contraire, chez les carnivores.

Rappelons enfin que la muqueuse peut, dans certains cas, absorber les produits toxiques de désintégration.

Le côlon droit *secrète* enfin, subissant pour cette fonction, les mêmes influences nerveuses et humorales que nous avons discutées dans l'étude de la motricité. Sa sécrétion contient du mucus et des sels de calcium et de magnésium ; elle est alcaline, mais cette alcalinité n'empêche pas le contenu du côlon droit d'être acide à cause des fermentations microbiennes.

La flore microbienne y est, en effet, très variée. Il s'agit plutôt d'aérobies que d'anaérobies. L'un d'entre eux, le colibacille joue un rôle capital.

La présence de spirochètes gazeux a été signalée, mais leur présence en grande abondance coïnciderait toujours avec un développement exagéré du microbisme intestinal.

Qu'une variété de cette flore prédomine — comme dans toute colite — il se produit soit une diarrhée de fermentation avec développement prédominant de micro-organismes de fermentation, soit au contraire une diarrhée putride due au développement prédominant d'une flore anaérobie protéolitique (transformation des albumines et de leurs sous-produits en substances putrides, alcalines et toxiques).

Lorsqu'il y a stase droite, tous ces phénomènes vont s'exagérer.

— Pullulation microbienne qui peut se disséminer dans l'organisme ;

— Elaboration exagérée de toxines par suite de la putréfaction et de la fermentation, toxines que le côlon va résorber. Cette *résorption toxique* est d'autant plus marquée que le transit est plus lent et le pouvoir d'absorption de la muqueuse plus grand, c'est-à-dire que la stase et la colite sont plus accentuées.

Mais ces phénomènes, stase et colite ne marchent pas toujours de pair et on s'explique ainsi qu'il n'y ait pas de parallélisme absolu entre la gravité de l'intoxication et l'importance de la stase.

Toxines et bactéries absorbées par la muqueuse du côlon vont agir sur toute l'économie :

a) *sur le Foie* :

Son rôle modificateur antiseptique et anti-toxique est débordé : c'est ainsi que le colibacille peut infecter les voies biliaires et que les toxines peuvent léser le parenchyme créant une hépatite toxique, dont les effets vont s'adjoindre à l'intoxication initiale.

En clinique, cette atteinte hépatique se manifeste par un foie gros et douloureux avec subictère.

b) *sur les Reins* :

L'élimination des toxines en lésant le parenchyme rénal produit de l'albuminurie (on la retrouve fréquemment lors de poussées de colite), mais plus importante encore est l'élimination microbienne. En effet, le colibacille, que nous avons vu pulluler dans le côlon droit va, après une phase septicémique, s'éliminer par les reins. Il peut l'infecter, provoquer une pyélo-néphrite et ce syndrome entéro-rénal est connu depuis fort longtemps.

c) *sur les glandes endocrines :*

La Thyroïde, la Surrénale et l'Hypophyse ont un rôle antitoxique, mais les toxines intestinales peuvent altérer le tissu glandulaire, provoquant des troubles de la sécrétion qui, à leur tour, réagiront sur l'économie générale.

Sur les Ovaires l'action est soit directe, soit indirecte par l'intermédiaire de la thyroïde dont la relation physiologique avec le système génital est si intime.

d) Enfin, certains troubles tels que la pigmentation cutanée, atrophie musculaire, amaigrissement, asthénie générale, atteinte du système nerveux, *céphalée*, troubles psychiques et sympathiques peuvent être attribués, aussi bien aux lésions glandulaires (foie et surrénale) qu'à l'action directe des toxines intestinales.

On pourrait pousser encore plus loin l'étude des répercussions de la stase (telle l'arthrite chronique) — et certains l'ont fait — mais leur genèse devient alors trop aléatoire.

Ainsi s'opposent, d'une façon absolue, la stase droite qui a des complications toxiques et infectieuses et la stase gauche qui est bien supportée et ne se traduit que par la rareté des évacuations.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE LA PÉRICOLITE

L'étiologie de la péricolite a donné lieu à de multiples controverses, mais avant de la discuter, rappelons rapidement les conceptions pathogéniques les plus en vue : théories mécaniques, congénitales, inflammatoires, mixtes.

LA THÉORIE MÉCANIQUE.

LANE en a été le plus ardent défenseur. Pour lui, l'intestin n'est pas suffisamment fixé pour supporter la station verticale. Il présente une tendance à la ptose, il tire sur ses points d'attache et favorise la formation de ligaments de soutien et d'adhérences qui le coudent, gênent son évacuation et provoquent la stase.

La péricolite ne traduirait qu'une réponse mécanique à une demande physiologique.

THÉORIE CONGÉNITALE.

Ses partisans regardent les membranes de la péricolite comme des formations d'origine embryonnaire. Ils s'appuient sur trois constatations essentielles :

a) la présence, chez de nombreux nouveau-nés, de formations embryologiques semblables aux voiles de péricolite : elles seraient le plus souvent un reliquat du diverticule droit de l'arrière-cavité des épiploons (LEVEUF).

b) La difficulté de retrouver les caractères microscopiques habituels de l'inflammation.

c) L'association fréquente de malformations congénitales (défaut d'accolement du méso, vices de position du cæcum).

THÉORIE INFECTIEUSE.

Soutenue en France par LARDENNOIS, basée sur le fait que certaines interventions itératives ont montré l'existence de formations manifestement pathologiques, cette théorie donne au contraire à l'infection le rôle capital. La péricolite serait une réaction péritonéale purement inflammatoire, caractère dont témoigne la présence de nombreux ganglions. On en distingue deux variétés — primitive et secondaire :

La péricolite, dite primitive, est due le plus souvent, à la typhlocolite, accessoirement aux infections de voisinage — appendicite, épiploïte, cholécystite, annexite. La péricolite, dite secondaire, est provoquée par une intervention chirurgicale septique sur un organe intra-abdominal. Nous avons discuté l'existence de cette péricolite post-opératoire dans la définition même.

THÉORIE MIXTE.

Pour ses auteurs, l'infection interviendrait toujours, mais comme agent secondaire soit pour compliquer une stase, — d'origine mécanique —, soit pour modifier une membrane préexistante — d'origine congénitale.

L'étiologie de la péricolite nous paraît simple si l'on s'en tient à cette notion de pathologie générale : la réaction qui se forme autour d'un organe est imputable à l'organe lui-même. La péricolite ne ferait que traduire l'atteinte du côlon et c'est la colite qui est le facteur primordial de la péricolite.

Cette hypothèse est aisément vérifiée en clinique. Il suffit d'interroger soigneusement les malades pour se rendre compte que fréquemment les recrudescences de l'affection ont été pré-

cedées ou accompagnées d'une poussée de colite (exagération de la constipation ou plus souvent diarrhée).

Les échecs de certaines interventions s'expliquent encore aisément. La cœcoplexie, la cœcopicature ou la cœcocololyse ne guérissent pas la péricolite puisqu'elles laissent en place sa cause : le côlon. — Il en est de même encore pour la colopexie en équerre préconisée par notre Maître, le Professeur GRÉGOIRE qui écrit d'ailleurs : « chez l'adulte, la lésion en raison de son ancienneté, s'est compliquée de phénomènes de colite dont la guérison demande souvent plusieurs mois » et il ajoute « il n'est pas douteux que l'ensemble des résultats est d'autant plus satisfaisant que le sujet a été opéré plus tôt ».

Quant au succès opératoire que l'on a pu obtenir avec ces divers procédés, on peut les attribuer à des causes indirectes, le repos forcé, le régime alimentaire strict imposé et accepté, peuvent en être les principaux facteurs. L'intervention a permis l'action d'un traitement médical qui provoque une rémission passagère et parfois même à la période de début de l'affection, une guérison définitive.

Admettons donc pratiquement l'importance de la colite.

Théoriquement, il importe encore de savoir si elle intervient comme premier phénomène isolé entraînant des troubles qui entraveront sa guérison, ou si, au contraire, elle survient et passe à la chronicité par suite d'un état antérieur du côlon favorable à son développement.

Il est probable qu'il existe fréquemment un état initial de dystrophie musculaire. Bien souvent, en effet, la colite avec péricolite n'est que l'élément prédominant du tableau clinique. Ces malades sont presque toujours des ptosiques (rein, estomac en particulier); d'autres stases (duodénales, coliques gauches) sont associées. Les malformations congénitales sont fréquemment retrouvées.

LANE accuse la mauvaise éducation que donne la mère à l'enfant, lorsqu'elle l'habitue à n'aller qu'une fois par jour à la selle. Nous croyons qu'il s'agit plutôt d'une dystrophie peut-être

d'origine neuro-glandulaire congénitale ainsi qu'en témoignent les troubles endocriniens survenus avant toute manifestation clinique de l'affection (telle l'apparition tardive de la menstruation).

Il est probable que cet état dystrophique atteint le côlon en entier, mais la colite se développe électivement au niveau du côlon droit, car à ce niveau la stase et l'activité microbienne normale favorisent son éclosion et entretiennent sa chronicité.

Mais ces considérations doivent rester toutes théoriques ; elles ont cependant l'intérêt d'insister sur l'importance de l'atteinte de la paroi colique.

* * *

Quelle que soit la théorie adoptée, il reste encore à discuter le mode d'action de la lésion péricolitique sur la circulation intestinale.

Pour les uns, la membrane entrave le péristaltisme par sa présence ou en provoquant un spasme.

Pour d'autres, elle crée une gêne appréciable lorsque sa rétraction resserre les branches de l'angle sous-hépatique.

GRÉGOIRE et LANE pensent que la gêne est créée par une simple coudure de l'angle sous-hépatique car c'est le côlon droit en entier qui est dilaté et non pas seulement le cæcum.

En fait, la péricolite n'est jamais assez marquée pour diminuer la lumière intestinale ; on n'observe pas de phase d'hypertrophie de la musculature colique ; la Radio enfin ne montre pas d'obstacle (ni par lavement, ni par ingestion). Les troubles de l'évacuation semblent reconnaître moins une cause mécanique qu'un trouble dynamique ; la stase est due moins à un obstacle qu'à une atteinte de la motricité colique. Nous retrouvons encore ici l'importance de l'atteinte de la paroi colique.

* * *

En résumé, la pathogénie nous paraît la suivante :

— Un sujet présente une poussée de colite.

— La colite, par suite de son intensité et de sa durée, ou

parce qu'elle trouve un terrain favorable, lèse et infiltre la paroi colique, atteignant les centres neuro-musculaires et leurs terminaisons nerveuses.

Ainsi se créent des entéro-névrites fixées : elles entraînent un état d'arythmie motrice, puis de déchéance musculaire d'autant plus, que l'infiltration pariétale a pu par sa présence, gêner la contraction musculaire.

— Ainsi se forment la dilatation et la stase. Celle-ci devient un nouveau facteur pour favoriser et entretenir le développement de nouvelles poussées colitiques.

Quand l'infiltration pariétale atteint le péritoine, la péricolite se développe — soit directement, soit en modifiant une membrane embryologique préexistante. — La péricolite ne fait que traduire l'atteinte totale de la paroi colique.

— La chose serait de gravité moyenne si la muqueuse du côlon n'était douée d'un pouvoir d'absorption ; il y aurait des phénomènes douloureux, de la constipation, en un mot, cet état créerait une infirmité et non un danger. La gravité vient de ce que les toxines intestinales accumulées par la stase sont résorbées, la flore microbienne exaltée et les complications vont apparaître, complications toxiques ou infectieuses.

Si l'on n'intervient pas à ce moment, ces complications guérissables par la suppression de leur cause, vont se fixer et évoluer pour leur propre compte.

Les phénomènes se sont ainsi succédé :

1. Etat de dystrophie colique préexistant ;
2. Colite ;
3. Atteinte neuro-musculaire du côlon ;
4. Stase — et péricolite.
5. Complications infectieuses et toxiques.

Chaque poussée de colite fait franchir à l'affection un nouvel échelon.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — LA PÉRICOLITE

Il est impossible de donner une description à la fois simple et précise des lésions macroscopiques de la péricolite : celle-ci, en effet, suivant les cas, peut affecter des aspects très différents.

Il s'agit, le plus souvent, de *membranes* d'aspect irrégulier, couvrant le cæco-côlon comme une toile d'araignée.

Elles présentent des *travées fibreuses* résistantes, véritables brides qu'il faut sectionner au bistouri. Ces travées s'enchevêtrent et sont réunies par des *voiles* qu'il est possible par endroits de décoller fort aisément. Parfois, au milieu de cet enchevêtrement, une tache blanche de sclérose est plaquée contre l'intestin.

Beaucoup plus rarement, on trouve un aspect systématisé de scléro-lipomatose avec prolifération des franges graisseuses. La *vascularisation* de ces brides, voiles ou membranes est très variable : parfois, vascularisation intense faisant, dans d'autres cas, presque totalement défaut.

Ces lésions présentent leur maximum de développement au niveau de la portion ascendante du côlon droit, mais le processus péricolitique s'étend au delà et on peut le retrouver souvent très à distance :

- a) En dehors, il s'étend sur la paroi postérieure ;
- b) En avant, peut atteindre la paroi antérieure, qu'il y ait ou non, une cicatrice opératoire.
- c) En dedans, il englobe d'une manière presque constante la moitié droite du transverse : cet accollement, souvent lâche,

est parfois très intime, enserrant les deux branches de l'angle droit dans une véritable pince. Plus fréquemment encore, l'épiploon est atteint et contribue à bloquer la région. Mais les anses grêles sont toujours respectées ;

d) En haut, il va déborder dans la région duodéno-vésiculaire s'étendant jusque sur la face inférieure du foie ;

e) En bas, il recouvre la région iléo-cæcale et la terminaison iléale (qui fait embryologiquement partie du côlon), peut descendre jusqu'au détroit supérieur et plonger dans le petit bassin.

En fait, les lésions n'atteignent jamais toute cette étendue. Elles occupent deux sièges fréquents — au niveau de l'angle droit et dans la région iléo-cæcale :

1^o Au niveau de l'angle droit, la périduodénite se surajoute à la péricolite : aussi une symptomatologie gastro-vésiculaire viendra souvent compliquer le tableau clinique, et parfois il sera difficile de distinguer l'atteinte initiale la plus importante ;

2^o Dans la région iléo-cæcale, le cæcum s'applique sur les deux derniers centimètres de l'iléon — surtout à sa face antérieure — englobant l'appendice : les troubles seront souvent attribués à une appendicite chronique.

Même dans ce cas, la partie moyenne du transverse, fréquemment englobée, est attirée et fixée dans la fosse iliaque droite.

Certains aspects lésionnels de la péricolite ont été individualisés :

— la *membrane de Jackson*, telle qu'elle a été décrite, est un voile vasculaire dans lequel courent des vaisseaux sanguins longs, droits et non anastomosés. Elle s'étend de la bandelette antéro-interne du côlon droit à la paroi latérale ; son bord inférieur est libre et n'atteint pas l'appendice, son bord supérieur se perd sur la face inférieure du foie.

Il existe un cul-de-sac entre elle et le côlon qui semble ainsi placé dans un sac diaphane « légèrement trop court pour le contenir sans le plisser ».

L'aspect vélamenteux de cette membrane et son adhérence minime lui confèrent une individualité qui fait appeler membranes « type Jackson » les lésions qui s'en rapprochent.

— *La bride de Lane* est une lame avasculaire, étendue du mésentère au bord libre de l'iléon qu'il coude à angle aigu, ouvert en bas (près de la valvule iléo-cæcale).

— *Le repli sous et prétermino-iléal* siège loin de la bouche iléo-cæcale ; il est triangulaire ; sa base inférieure est à cheval sur le détroit supérieur, son sommet implanté sur l'iléon le coude en forme de « V » ouvert en haut.

Mais dans la péricolite, la bride de Lane (très rare) et le repli sous et pré-termino-iléal ne sont jamais isolés, la pérityphlite est toujours associée.

Microscopiquement, on ne retrouve pas les caractères banaux de l'inflammation : il n'y a pas d'infiltration leucocytaire (ce qui a entraîné de multiples considérations pathogéniques).

Par contre, on retrouve fréquemment des ganglions tout le long du côlon ascendant (chaîne paracolique) et dans l'angle iléo-cæcal (chaîne iléo-colique).

B. — LE COLON

Ses lésions sont capitales et, en réalité, les lésions de péricolite sont presque accessoires.

Contrairement à certaines descriptions, il est presque toujours très *aminci*, flasque, blanchâtre ou bleuâtre. Parfois littéralement pellucide, il fait hernie à travers les zones non résistantes.

— *Il est dilaté* dans toute son étendue, plus rarement seulement au niveau du cæcum. Dans ce dernier cas, ceux qui voient en la péricolite un obstacle, appellent cette distension cæcale la typhlectasie symptomatique qu'ils opposent à la typhlectasie essentielle.

— *Il est allongé*, mais cet allongement n'est pas toujours évident, car le côlon est souvent replié sur lui-même.

— *Il est fixé* d'une façon variable, sans qu'on puisse en tirer des déductions cliniques importantes. Généralement la portion

ascendante est assez fixe alors que le cæcum alourdi par la stase est mobile. Nous reparlerons d'ailleurs de ces aspects en étudiant la radiologie de l'affection.

Sa situation, de peu d'intérêt, est parfois anormale :

— soit par défaut d'accolement de son méso, partiel cæcum mobile, ou complet torsion et bascule ou inversion du cæcum : le volvulus cæcal.

— soit par excès ou défaut de développement : cæcum pelvien qu'il faut différencier du cæcum ptosé ou cæcum sous-hépatique.

Toutes ces malformations, sauf peut-être le volvulus, n'ont pas d'histoire clinique propre, leurs manifestations pathologiques viennent de la péricolite.

Les lésions microscopiques sont capitales. La paroi colique est toujours atteinte ; cette atteinte qui consiste essentiellement en altérations atrophiques et de sclérose porte surtout sur le musculieuse qui est amincie et presque détruite. Des formations conjonctives accompagnées ou non de néoformations vasculaires envahissent la sous-séreuse et la sous-muqueuse.

Ajoutons à cela parfois de l'artérite et de la vascularite oblitérante mais nous insisterons surtout sur la présence de lésions névritiques constantes dont nous avons vu l'intérêt capital.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

L'anatomie pathologique et la pathogénie de la péricolite nous ont montré que la lésion principale était l'atteinte du côlon. Il en est de même du point de vue clinique, la symptomatologie traduisant d'une part la colite et ses poussées, d'autre part la stase intestinale et ses conséquences.

Avant d'étudier les symptômes dans leurs détails, nous allons tenter de montrer en quelques lignes l'évolution générale de l'affection, évolution très lente qui s'étend parfois sur de nombreuses années.

Il s'agit de femmes dans une proportion de 90 %.

Le début remonte généralement à l'enfance : la constipation en est le signe le plus fréquent.

Vers l'âge de 15 à 20 ans la constipation augmente, les douleurs apparaissent, d'abord peu marquées, puis plus violentes. Sur ce fond de douleurs continues se détachent de temps à autre des « crises » et fréquemment, à l'occasion de l'une d'elles, les malades sont opérées pour appendicite, intervention qui est souvent suivie d'une amélioration passagère.

Après des phases d'aggravation et de rémission les troubles s'accroissent malgré un traitement médical strict, une cure thermique, une cure de repos.

Vers 30 ans, spontanément, ou à l'occasion d'une affection intercurrente, apparaissent des complications qui sont avant tout rénales ou hépatiques. C'est à ce moment que le chirurgien est amené à voir la malade.

On peut schématiser ainsi l'évolution en trois périodes :

- Une période de début ou de latence ;
- Une période d'état où les signes primordiaux sont la constipation, les douleurs, les troubles de l'état général, la céphalée ;
- Enfin une période de complications.

Citons en exemple de cette évolution l'observation n° 21 (Mme S. C..., âgée de 24 ans).

Depuis son enfance, elle souffre de constipation, dont l'intensité s'accroît : c'est la période de *début*.]

A 20 ans, les douleurs apparaissent, accompagnées de céphalée et de troubles digestifs ; la constipation augmente (une selle tous les 8 jours) ; l'état général devient précaire : c'est la période d'*état*.

A 24 ans, surviennent des troubles psychiques, puis apparaît une septicémie coli-bacillaire avec pyélonéphrite à répétition ; l'état général s'aggrave : c'est la période des *complications*.

L'intervention pratiquée vérifie le diagnostic de péricolite avec stase.

Les suites opératoires montrent l'efficacité du traitement car deux ans après la malade a engraisé de 19 kilogs : la constipation, les douleurs et les troubles urinaires n'ont jamais reparu.

A. — PÉRIODE DE DÉBUT

La période de début est généralement très longue mais elle n'éveille pas l'attention de la malade qui ne peut en préciser la durée. Seul un interrogatoire serré permet d'en reconnaître rétrospectivement les manifestations éparses.

Elle dure en moyenne une quinzaine d'années, mais peut être de quelques années, parfois plus de trente ans. Ainsi, dans l'observation 19, la constipation existe dès le jeune âge et la période d'état n'arrive que vers 36 à 37 ans.

Les troubles débutent presque toujours dans l'enfance et ceci est vrai dans 4/5 des cas ; mais le début peut être plus tardif : 18 ans (obs. 22), 22 ans (obs. 27), 25 ans (obs. 3 et 7), 39 ans (obs. 28).

Parfois le *début* est net, marqué par une violente crise d'entérococolite (obs. 3 et 22), assez intense pour avoir laissé trace dans la mémoire du malade.

Dans la majorité des cas, les symptômes s'installent *progressivement* et *insensiblement* : La constipation surtout, avec la douleur et la céphalée, en est le principal élément.

La constipation est encore peu marquée à ce stade ; elle est irrégulière et cède aux médicaments. Il est difficile d'apprécier son intensité car l'enfant n'y prête guère attention.

S'agit-il de constipation gauche, de constipation totale ou déjà de constipation droite ? Rien ne permet de le dire quand elle est isolée : en langage courant, on l'appelle « paresse de l'intestin », mot qui, dans sa simplicité, nous semble bien près des faits. Il traduit cette atteinte légère au côlon, cet état de prédisposition dont nous avons déjà parlé.

La douleur est déjà un élément plus significatif : elle est parfois le premier phénomène (obs. 15 et 1-26-27), mais généralement plus tardive, elle traduit une exacerbation de la sensibilité intestinale qu'exagère encore l'apparition de la colite. La description clinique des malades atteints de « dilatation douloureuse du côlon » se rapporte à cette période.

La céphalée, fréquente, correspond à une intoxication légère de l'organisme. Elle peut affecter tous les degrés et être le symptôme prédominant du début, comme dans les observations 2-16-29.

Les troubles de l'état général enfin sont peu marqués : un amaigrissement, une légère anorexie.

On peut trouver également un certain déséquilibre endocrinien, apparition tardive de la menstruation, dysménorrhée parfois douloureuse, auxquels s'adjoignent souvent des troubles sympathiques telles que cyanose des extrémités, émotivité extrême ; tous ces phénomènes sont liés au terrain sur lequel l'affection va évoluer.

A cette période, un examen local de l'abdomen ne montre que peu de chose, une paroi lâche, une sensibilité diffuse de la fosse iliaque droite ; parfois, il est absolument négatif.

A l'examen radiographique, on constate que le transit se fait dans des conditions presque normales ; le côlon est un peu

allongé, parfois le cæcum est dilaté ou mobile et ptosé ; la ptose enfin peut être généralisée.

A cette période, il importe de bien mettre en œuvre le traitement médical pour tâcher de rendre, au côlon, une certaine tonicité et éviter l'évolution ultérieure. On peut y parvenir, mais le traitement médical doit être strict et prolongé, sinon l'évolution se fait insensiblement vers la période d'état, évolution accélérée parfois par des poussées de colite.

B. — PÉRIODE D'ÉTAT

Cette période d'état survient généralement vers 20 à 25 ans, soit plus tôt, vers quinze ans, soit plus tard, vers 35 à 40 ans. Sa durée moyenne est de 5 à 15 ans, jamais moins de 3 ans, souvent de 20 à 25 ans, essentiellement fonction du traitement.

Quand la phase de latence est passée inaperçue, les premiers troubles ont d'emblée un caractère de gravité. (Dans l'obs. 28, l'affection semble commencer à 39 ans, mais trois ans après, l'amaigrissement est déjà de 15 kilos).

Elle est caractérisée par la constipation, les douleurs, la céphalée, les troubles de l'état général auxquels il faut joindre les troubles digestifs et psychiques.

Les douleurs : ce sont elles qui attirent le plus souvent l'attention ; elles affectent des types extraordinairement variables.

Elles *siègent* le plus souvent dans la fosse iliaque droite, fréquemment dans la région lombaire, plus rarement dans la région épigastrique ou l'hypocondre droit. Il ne s'agit pas d'un point précis mais bien d'une zone douloureuse que la malade indique de la main et non du doigt, et qui peut même être diffuse dans toute la moitié droite de l'abdomen.

Des *irradiations* se font surtout vers le membre inférieur exagérées par la marche et l'extension du membre (quelle que soit

la localisation de la douleur : fosse iliaque ou région lombaire). Les irradiations dorsale et scapulaire droite sont plus rares, mais il faut insister surtout sur les irradiations thoraciques et mammaires. Ces dernières seraient tardives, correspondant à des lésions graves.

L'heure des douleurs est irrégulier, capricieux, ne subissant aucune règle. La marche, la fatigue, les émotions, une purgation trop violente, un écart de régime les font naître, le repos les calme.

Parfois, mais rarement, elles sont en rapport avec les repas et leur sont alors immédiatement consécutives ; plus rarement, elles se manifestent après 7 ou 8 heures au moment de l'arrivée du chyle dans le cæcum, elles sont alors plus souvent nocturnes et réveillent le malade.

Leur caractère est variable : sensations de distension ou striction — comme par une ceinture trop serrée — de pesanteurs vagues, parfois de contractions douloureuses ou d'élançements. Elles existent sous forme d'endolorissement continu sur lequel se greffent de véritables douleurs aiguës, accompagnées de troubles digestifs sur lesquels nous reviendrons.

Leur durée est variable : après quelques heures, la gêne, l'endolorissement plus ou moins sourd, s'atténuent progressivement sans qu'il y ait de gargouillement.

Dans quelques cas, des crises très douloureuses ont pu durer 8 à 10 jours.

Nous insisterons à propos du diagnostic sur la difficulté qu'il y a à démêler le caractère et l'intensité des douleurs, au milieu des réponses contradictoires faites par ces malades, dont le psychisme est atteint. Il faut bien se garder, cependant, de les considérer comme des névropathes localisant une douleur plus ou moins imaginaire.

La constipation : elle est l'élément le plus constant avec la douleur. D'abord passagère et intermittente, elle devient continue. Au début, elle cède aux petits moyens, lavement laxatif, puis peu à peu s'aggrave, devient rebelle à toute thé-

rapeutique. La défécation ne survient plus que tous les 3 ou 4 jours, puis tous les 6 ou 8 jours (20 jours dans l'observation 20), mais il ne faut pas omettre que la fréquence de selles n'est pas parallèle au degré de la constipation. Il y a constipation lorsque la quantité des déchets alimentaires éliminés journellement par l'intestin est insuffisant, ou lorsque les matières séjournent dans une partie de l'intestin au delà des délais normaux. Aussi, avec des selles presque régulières, peut-il y avoir stase : c'est dans ce cas une *constipation dissimulée* que seul l'examen radiologique du transit peut déceler. Comme les matières sont très déshydratées, les selles deviennent douloureuses ; le bol fécal en s'éliminant provoque des ulcérations anales que traduit un petit suintement sanguin, qu'il faut différencier des petites hémorragies de la colite.

De temps à autre, cette constipation fait place à la *diarrhée*.

En fait, dans la péricolite, la diarrhée vraie est absolument exceptionnelle. Il s'agit toujours de *fausse diarrhée* : l'hyper-sécrétion colique enrobe des matières dures et concrétées. Elle traduit la poussée de colite dont le sang, le pus, les glaires et les fausses membranes, qu'on retrouve dans les selles, sont les éléments caractéristiques.

Ces poussées de colite, parfois évidentes, parfois décelées seulement par l'examen minutieux des selles, s'accompagnent d'exacerbation des douleurs, d'apparition ou d'exagération des troubles digestifs, de troubles de l'état général et d'amaigrissement : elles correspondent à des poussées évolutives sur lesquelles nous insisterons.

Étudions maintenant plus rapidement les autres symptômes.

La céphalée est pour ainsi dire constante, soit céphalalgie diffuse continue ou intermittente, soit véritables « migraines ». Elle est plus marquée au moment des crises, au moment des règles, aux périodes de fatigue, mais surtout lors des poussées de colite.

Dans les observations citées, nous la retrouvons dans les 3/4 des cas. Les types les plus divers en sont observés.

Les troubles digestifs sont constants. Peu marqués, ils se manifestent par un état saburral des voies digestives, une haleine fétide, de l'anorexie par sensation de plénitude gastrique.

Plus accusés, ils se traduisent par des nausées, surtout le matin au réveil ou dès que le malade pose le pied à terre, signe banal de colite.

Plus rarement, on note des vomissements et seulement lors des crises douloureuses. On comprend aisément que ces vomissements ou ces nausées accompagnant une douleur rythmée par les repas, parfois exagérée par certains aliments, orientent à faux vers la recherche d'une affection gastrique ou vésiculaire.

Faisant partie du tableau clinique, des **troubles psychiques** existent toujours à un degré plus ou moins accusé. Les troubles de leur caractère, avec irritabilité, inquiétude, nervosité extrême, leur rendent la vie pénible, à eux et à leur entourage.

Les autres manifestations du tableau clinique sont moins marquées. Nous n'y insisterons pas.

La polyurie est la pollakiurie sont fréquentes même sans atteinte rénale décelable.

Signalons enfin la possibilité d'angines à répétition (obs. 20 : l'intervention a amené leur disparition complète).

L'état général : A cette période, les troubles digestifs, les insomnies et surtout l'intoxication due à la stase cœcale droite atteignent toujours l'état général.

L'*amaigrissement* traduit cette atteinte. Il est lentement progressif, souvent parallèle à la gravité de l'évolution — par un graphique de la courbe de poids, on pourrait retracer l'évolution de l'affection avec ses phases d'aggravation et d'amaigrissement. — Quand il est de l'ordre de 3 à 5 kilos par an, pendant plusieurs années consécutives, il implique une évolution progressive grave. Cet amaigrissement est d'autant plus marqué que la colite est plus accusée : au moment des poussées colitiques

il y a perte de poids, incomplètement récupéré dans la suite.

Cette atteinte de l'état général se traduit encore par une fatigabilité extrême, qui jointe à leur état mental, contraint presque toujours ces malades à renoncer à tout travail.

Disons d'emblée que cette aggravation *progressive* de l'état général, même en l'absence de complications, est une des indications majeures de l'intervention.

Toute cette symptomatologie évolue presque toujours sur un mode identique.

Sur un fond de douleurs vagues, avec constipation, céphalée et troubles digestifs pas très accusés, se déclanchent des « **crises** » où tous les phénomènes s'exagèrent.

Les douleurs deviennent très intenses, les troubles digestifs s'accusent, l'anorexie devient complète, il y a nausées avec parfois vomissements ; une forte céphalée apparaît ou s'accuse et l'état général décline avec un gros amaigrissement, des troubles psychiques et parfois de la fièvre.

Ces crises sont suffisamment marquées pour interdire tout travail à la malade et peuvent la contraindre au repos complet.

Elles correspondent parfois à une exagération de la constipation, plus souvent elles coïncident avec une poussée de colite que traduit la présence de pus et de sang dans les selles.

Leur durée est variable ; généralement au bout de 8 à 10 jours les phénomènes s'amendent, tout rentre dans l'ordre. Mais l'état s'est aggravé et la symptomatologie devient plus accusée.

Ces crises sont souvent déclanchées par une même cause : émotion, apparition des règles, écart de régime. A leur occasion surviennent les complications.

EXAMEN.

En présence de tels malades dont les douleurs sont mal caractérisées et les troubles digestifs peu précis, les erreurs sont fréquentes. Pour faire le diagnostic de péricolite avec stase il faut y penser, car il est rare que ce diagnostic s'impose.

Une exploration clinique attentive du malade doit être complétée par d'autres examens, parmi lesquels l'examen radiologique tient la première place.

Il s'agit de malades irritables, amaigris, au teint terreux, à l'haleine fétide.

A l'inspection, l'abdomen est le plus souvent normal, un peu rétracté.

La palpation montre une paroi souple, flasque, atone, sous laquelle on sent des masses dures, marronnées : les matières fécales. On perçoit parfois le côlon spasmé, sous forme de « corde cœlique ». On trouve des points douloureux vers la portion moyenne du côlon droit, soit dans la région iléo-cœcale, soit dans la région vésiculaire, parfois même au creux épigastrique correspondant alors au plexus solaire plus rarement la douleur provoquée existe dans la région lombaire. Cette sensibilité varie considérablement d'un jour, parfois d'un instant à l'autre.

La cæcum est mobile, gros, gargouillant, mais il ne faut pas oublier que ces gargouillements presque physiologiques, 4 à 5 heures après le repas, n'acquièrent toute leur valeur pathologique que le matin à jeun.

La palpation de la fosse iliaque gauche déclanche assez souvent une douleur dans la région du cæco-côlon droit, soit lorsqu'on appuie profondément la main, soit plutôt lorsqu'on la retire brusquement : ce signe se retrouve d'ailleurs dès qu'il y a colite.

Il faut rechercher les autres manifestations associées de ptose viscérale, en particulier la ptose rénale.

En outre, on peut trouver un foie augmenté de volume, parfois douloureux.

Au toucher vaginal on constate parfois une rétroversion utérine, des ovaires douloureux.

A l'auscultation, on peut trouver des signes de bronchite chronique dont la localisation au sommet, associée à l'amaigrissement et aux troubles digestifs, peut faire penser à une bacillose pulmonaire.

L'examen du pouls, de la tension artérielle et des réflexes terminera l'examen clinique.

Mais il faut pratiquer des examens complémentaires :

1^o Examen des selles. — Il permet, et c'est là son rôle capital, d'éliminer la présence de parasites intestinaux. Il peut donner des renseignements sur l'intensité et la variété de la colite, renseignements utiles pour l'établissement d'un régime équilibré.

Il faut examiner la selle émise en dehors de tout état aigu transitoire, en dehors de toute influence médicamenteuse.

Il faut rechercher les trois éléments qui mettent en valeur la colite : le pus, le sang, les glaires. Un excès d'eau et la présence de mucus sont un signe d'irritation muqueuse banale ; les amas mucoides, au contraire, accompagnent les colites chroniques et se rencontrent aussi bien dans les selles molles que dans les selles moulées.

La virulence de la flore microbienne se traduit par des signes indirects : présence d'acides organiques et d'ammoniaque.

Les acides organiques sont dus à la fermentation des hydrates de carbone et les selles de fermentation donnent une réaction acide avec digestion insuffisante des amidons et de la cellulose qu'accompagne une flore iodophile riche et variée.

L'augmentation de l'ammoniaque, au contraire, traduit la putréfaction des albumines et les selles de putréfaction montrent une bonne digestion des aliments avec présence abondante de spirilles.

2^o L'examen des urines met en évidence une colibacillurie qui peut exister sans signes d'infection rénale. Il faut rechercher l'albuminurie qui, sans pyurie, indique une atteinte toxique du rein et l'urobilinurie, qui est un des premiers signes de la défaillance hépatique.

3^o L'examen du sang montre fréquemment des modifications de la formule sanguine : il y a anémie à trois millions ou trois millions cinq cent mille, légère leucocytose avec mononu-

cléose, diminution de la résistance globulaire. La polynucléose apparaît lors des poussées aiguës ou des complications. Enfin, le temps de coagulation est augmenté.

4^e **Examen radiologique** (1). — L'examen capital, le seul qui permette le diagnostic, est l'examen radiologique. Il permet de confirmer le diagnostic de péricolite droite avec stase que la clinique avait permis de soupçonner. Il attire souvent l'attention sur le côlon droit alors que les signes cliniques avaient plutôt orienté l'attention vers une affection d'un organe de voisinage (vésicule ou duodénum, appendice).

Il montre :

- des signes de colite,
- parfois des signes de péricolite,
- mais surtout l'intensité de la stase.

Il permet :

- de déceler en outre les troubles associés, en particulier les troubles gastro-duodénaux,
- de vérifier l'intégrité des autres appareils en particulier de la vésicule biliaire.

Il doit comporter un examen complet du tube digestif par ingestion et plus accessoirement par lavement.

EXAMEN PAR INGESTION. — Avant de procéder à son étude, rappelons que normalement :

- le cæcum commence à se remplir vers la 4^e heure ;
- cæcum et côlon droits sont remplis vers la 8^e ou 10^e heure ; à ce moment le grêle ne doit plus contenir de baryte ;
- le cæcum et le côlon droits doivent être vides de la 30^e à la 36^e heure ;
- pendant l'évacuation du côlon droit, la baryte atteint l'angle colique gauche vers la 12^e ou 14^e heure et le sigmoïde vers la 18^e heure ; elle commence à être évacuée par une première selle entre la 24^e et la 28^e heure.

1. Nous remercions le Dr Barret et le Dr Lagarenne, radiologistes des Hôpitaux, pour l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée à ce sujet.

Toute la baryte doit être évacuée 48 heures après l'ingestion.

Il ne faut pas oublier que ces chiffres supposent une évacuation gastrique normale, évacuation qui est terminée vers la 3^e heure.

En pratique, voici comment nous avons procédé :

Le malade prend deux doses de gélobarine de 100 grammes l'une à 22 heures, l'autre à 24 heures. Cette méthode des deux repas permet un remplissage parfait du côlon.

Un premier examen est fait le lendemain à 9 heures, c'est-à-dire 9 heures après l'ingestion ; à ce moment, le cæco-côlon doit être rempli et l'iléon vide.

Un deuxième examen est fait le lendemain à la même heure, soit 33 heures après l'ingestion, le cæcum doit être vide.

Un troisième examen sera pratiqué le surlendemain pour vérifier si l'évacuation est totale et faire l'examen de l'estomac et du duodénum.

Au total, on aura ainsi vu le malade 9, 33 et 57 heures après l'ingestion.

Lorsqu'il y a stase, il faudra revoir le malade pendant la journée, le premier jour pour la stase iléale, le deuxième jour pour la stase cæcale.

Cette latitude de temps permettra de noter le moindre retard ; lorsque la stase se prolonge, il faut continuer les examens jusqu'à l'évacuation totale de la baryte.

On constate au niveau du côlon droit, un ensemble de signes qui permet de dire « péricolite ».

On note les modifications d'*aspect* des parois :

— Elles sont floues, ont un aspect mousseux, spongieux (Fig. 2) et cette image fait contraste avec celles des parois des autres portions du côlon qui sont normales. En réalité, cet aspect est plus un signe de colite que de péricolite.

— L'irrégularité des incisures coliques (Fig. 7 *bis*) : certaines sont trop accentuées, par hypertonie ; d'autres à peine indiquées par accollement séreux ; les incisures peuvent même avoir totalement disparu donnant l'aspect d'un tube uniforme.

— Parfois une contracture en masse de tout le côlon : mince trainée de baryte occupe la portion contracturée. On pourrait penser à un rétrécissement organique, mais son caractère spasmodique devient évident lorsque, quelques heures après, le spasme ayant cédé, le côlon a repris son calibre normal (Fig. 1-1 bis).

On recherche à préciser la localisation des *douleurs* : généralement tout le cæco-côlon est douloureux avec un maximum à la partie moyenne du côlon ascendant et le long de son bord interne. La région iléo-cæcale, parfois sensible, ne présente pas de point appendiculaire précis.

Il faut étudier la forme, le calibre et la position du cæco-côlon.

Il faut pour cela examiner le malade debout et couché, directement et en oblique, 10 heures après l'ingestion, alors que le cæcum est très rempli, et 20 heures après, alors qu'il l'est moins.

— Le côlon droit est *dilaté*. Cette dilatation porte soit sur sa totalité, soit exclusivement sur le fond du cæcum ; l'iléon semble alors s'aboucher plus haut que normalement.

— Le côlon droit est *allongé*, mais cet allongement n'est pas toujours apparent, car le côlon ascendant peut être coudé sur lui-même. Ces replis, superposés dans le sens antéro-postérieur, ne sont visibles que dans la vue en oblique ou lorsqu'on les dissocie par la compression (Fig. 6).

— Le cæcum est souvent *ptosé*, mais cette ptose, ainsi que l'allongement du côlon, peut être variable selon le degré de réplétion : les figures (3-3 bis) nous montrent bien la situation différente que peut occuper le cæcum, selon qu'il est plein ou peu rempli.

— On recherche la *diminution de la mobilité* soit par la palpation directe, soit en modifiant la position du malade.

Le plus souvent, le côlon ascendant est fixe, immobile, ce qui est un bon signe de péricolite. Il en est de même pour le cæcum, mais ce dernier est plus souvent mobile et — quoi qu'on en ait dit — cette mobilité n'implique pas son intégrité (Fig. 4-4 bis).

La fixité de l'angle droit a une valeur importante, aisée

à comprendre si on se souvient que normalement il est très mobile.

— Plus important, à noter est l'*accolement des deux branches* de l'angle droit : c'est un signe extrêmement fréquent ; même par une palpation prolongée et appuyée on ne peut les dissocier. Elles sont accolées sur toute leur longueur, en canon de fusil, parfois seulement au niveau de l'angle. Dans d'autres cas, c'est la partie moyenne du transverse qui est attirée vers la région iléo-cæcale et fixée à ce niveau.

Mais l'examen capital, celui qui permet le diagnostic est l'étude du transit.

ETUDE DU TRANSIT. — Il mettra en évidence la *stase*. Dès le premier examen, quelques signes peuvent faire prévoir l'existence de la stase :

— Tel l'aspect en massue du cæcum qui implique sa dilatation.

— Plus importante est la *dislocation de la colonne barytée* (Fig. 7) : le cæcum renferme encore un gros noyau foncé séparé par un intervalle plus clair de la bande régulière qui existe déjà dans le transverse.

Aux examens ultérieurs la stase apparaît évidente : normalement, nous l'avons dit, le cæcum doit être vide 36 heures après l'ingestion. Lorsqu'il contient de la baryte après cet horaire on est en droit d'affirmer la stase cæcale droite.

Celle-ci peut affecter différents aspects :

La colonne barytée stagne en entier dans le côlon ascendant au delà des délais normaux et ne s'évacue que lentement.

Ou au contraire la baryte s'évacue, en presque totalité dans des délais voisins de la normale, mais il subsiste longtemps après son passage, une quantité plus ou moins importante de baryte au niveau du cæcum, alors même qu'il y a eu plusieurs selles. On voit combien est important ce résidu qui traduit la stase et décele une constipation dissimulée.

Cette stase peut atteindre des chiffres considérables. Dans l'observation 16 on voit que l'évacuation du côlon droit com-

PLANCHE I.



FIG. 1.



FIG. 1 bis.

Contracture en masse de l'angle colique droit.
5 h. et 10 h. après l'ingestion (transit accéléré au début).



FIG. 2.

Aspect mousseux spongieux du caeco-côlon.

PLANCHE II.

DEUX ASPECTS DU COLON DROIT CHEZ LA MÊME MALADE (Obs. 16).
(en position couchée.)

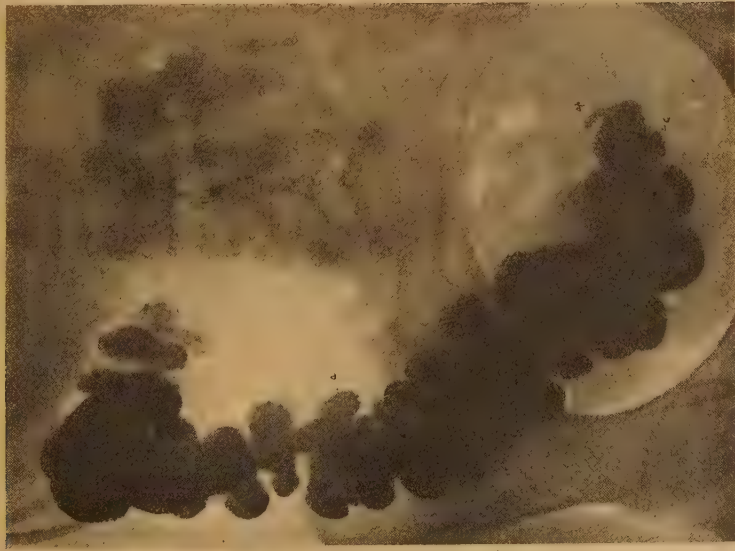


FIG. 3.
50 heures après l'ingestion. Côlon allongé,
caecum ptosé.



FIG. 3 bis.
80 heures après l'ingestion : le caecum partiellement vidé
est remonté, le côlon ne semble plus allongé.

PLANCHE III.

DIFFÉRENTS ASPECTS DE PÉRICOLITE.

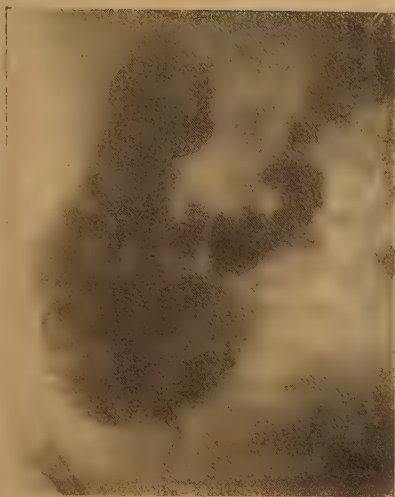


FIG. 4.

Cæcum mobile avec péricolite, la palpation sous l'écran permet d'apprécier la forme réelle du cæco-côlon.



FIG. 4 bis.



FIG. 5.

Côlon en W.
La terminaison du grêle
décrit une coudure
de Lane.



FIG. 6.

Côlon ascendant
replié sur lui-même,
allongement décelé par
la compression.

PLANCHE IV.

DEUX ASPECTS DE PÉRICOLITE AVANT ET APRÈS UNE CÆCOPEXIE.

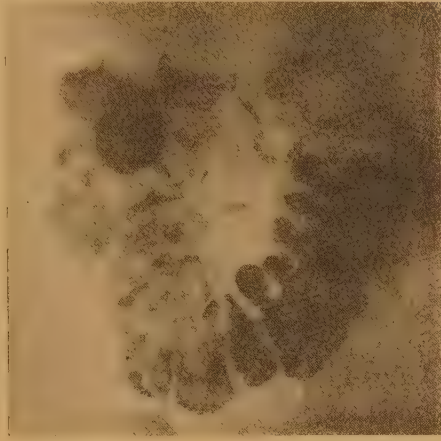


FIG. 7.

Inversion du cæcum et péricolite. *Dislocation de la colonne barytée.*



FIG. 7 bis.

Le même malade. Après la cæcopexie les troubles subsistent.
Irrégularité des incisures.

mence vers la 80^e heure et n'est complète que huit jours après l'ingestion, donc vers la 190^e heure (Fig. 3-3 *bis*). En pratique, quand une stase dépasse 80 heures, on peut la considérer comme grave, non guérissable par le traitement médical, et imposant l'intervention.

Il faut signaler qu'à la stase cæcale peut être associée une *stase iléale* : elle se traduit par la persistance de la baryte au niveau de la terminaison du grêle après la limite normale (10^e h.). Cette terminaison de l'iléon peut présenter des portions dilatées, d'autres amincies réalisant une image en fuseau. Sa mobilité peut être diminuée et on la trouve alors plaquée contre le cæcum. Elle peut, en outre, présenter une coudure de Lane (Fig. 5).

A la stase cæcale peut encore être associée la stase *colique gauche*, elle se traduit par un retard de l'évacuation totale par rapport à celle du côlon droit : normalement le côlon gauche se vide de 12 à 18 heures après le côlon droit.

EXAMEN PAR LAVEMENT BARYTÉ. — Il est utile, pour apprécier la forme et les dimensions de la totalité du côlon (mégacôlon-dolichocôlon).

Il devra toujours être fait secondairement après l'examen par ingestion ; il doit être fait à basse pression, car il peut provoquer des spasmes, et même déclencher une crise douloureuse interdisant toute exploration pendant les jours suivants.

On devra examiner le côlon pendant la progression du lavement, une fois le côlon rempli et après son évacuation.

— Pendant la progression : le cæco-côlon se remplit et se dilate lentement, par comparaison avec les autres segments coliques. Souvent il y a reflux de la baryte dans l'iléon.

— Lorsqu'il est rempli, il est précocement le siège de contractions marquées.

— Les autres caractères sont les mêmes que ceux de l'ingestion :

Cependant la recherche des points douloureux donne des

renseignements infiniment moins précis que dans l'examen après ingestion.

Le cæcum, dilaté par la pression, apparaît plus gros, plus bas situé.

Après une 1^{re} évacuation, il remonte et reprend dans la fosse iliaque son aspect normal.

En outre, lorsqu'il y a stase, on notera comme dans l'ingestion, un retard de l'évacuation du cæco-côlon, avec tache résiduelle à son niveau. Rappelons que normalement le lavement baryté est rejeté en deux ou trois fois, 5 minutes, 20 minutes et 2 à 3 heures après. Il est anormal qu'après 24 heures, il reste de la baryte dans le côlon.

En réalité, le lavement baryté sert surtout à étudier la position et la forme du côlon dans son ensemble.

EXAMEN DE L'ENSEMBLE DE L'APPAREIL DIGESTIF. — L'examen radiologique, pour être complet, doit, nous l'avons dit, rechercher :

1^o les lésions associées ;

2^o vérifier l'intégrité des autres appareils.

— *L'estomac* est souvent ptosé. Il passe par des phases d'hyperkinésie et d'hypotonie. Son évacuation accélérée au début se ralentit ensuite et au total est souvent normale, parfois même retardée.

— *Le duodénum* : se dilate mal.

Ses parois restent souvent floues, parfois il présente une zone rétrécie sur la 3^e portion plus rarement sur la 2^e, auquel peut s'adjoindre une légère dilatation du bulbe avec stase.

Dans l'observation 13, l'état général ne s'améliore complètement que lorsque, à l'hémi-colectomie droite on a fait succéder un an après, une gastro-entérostomie.

D'après LANE d'ailleurs, la stase duodénale fait partie du tableau de la stase intestinale chronique.

De tout cet examen — l'élément le plus important au point de vue diagnostique a été la *constatation de la stase*.

C. — COMPLICATIONS

Lorsque la péricolite continue à évoluer, vont apparaître des complications qui, pour la plupart, constituent des indications majeures à l'intervention.

Elles surviennent spontanément, souvent à l'occasion d'une « crise », parfois à la suite d'une affection intercurrente. Nous n'envisagerons que les plus importantes, celles qui ne sont pas discutées, laissant de côté d'autres complications dont les relations sont plus difficiles à établir, telle que l'arthrite chronique par exemple.

1^o Complications urinaires. — Leur origine *infectieuse* est la plus fréquente (syndrome entéro-rénal).

Au degré moindre, elle se manifeste cliniquement par de la pollakiurie, puis par de petites douleurs à la miction : les urines sont légèrement troubles, la présence d'albumine décèle la pyurie et l'examen microscopique montre une quantité considérable de colibacilles. Il s'agit dans ces cas de cystite colibacillaire dont les poussées coïncident souvent avec des poussées de côlite ou leur succèdent.

Beaucoup plus dramatique sera l'apparition de la pyélonéphrite.

Elle peut être précédée d'une phase de septicémie ; la localisation rénale apparaît alors secondaire. Plus souvent son début est brutal avec élévation de la température, dysurie, pyurie, douleurs lombaires. Au bout de 8 à 10 jours, les phénomènes cèdent : l'évolution se fait rarement vers la guérison, beaucoup plus souvent vers la chronicité, avec des périodes d'exacerbation de plus en plus rapprochées, malgré un régime strict et une thérapeutique sévère.

L'atteinte *toxique* du rein se traduit par l'albuminurie passagère, albuminurie qu'il faut différencier de celle qui est due à la pyurie.

Elle peut prendre un caractère grave et définitif, et on a décrit une forme pseudo-néphritique avec oligurie, albuminurie, troubles digestifs, comme dans la néphrite chronique.

Bien difficile sera le diagnostic exact de ces complications si l'on n'en possède pas la notion étiologique. Elles constituent pourtant une indication majeure à l'intervention.

2^e Complications hépatiques. — Elles sont assez fréquentes pour faire partie du tableau clinique lorsqu'elles sont peu marquées. A la période d'état, l'examen permet, en effet, de reconnaître un foie gros débordant le rebord costal et douloureux à la pression.

Une atteinte déjà plus prononcée détermine du subictère, d'abord léger, il s'accuse, s'accompagne de douleurs abdominales et de troubles digestifs.

Toute une partie de la symptomatologie de la péricolite : les diarrhées post-prandiales, les troubles digestifs et la céphalée peuvent être attribués à la lésion du parenchyme hépatique.

A côté de cette forme, qu'on peut appeler « forme hépatique », on peut décrire une forme à symptomatologie vésiculaire, simulant une cholécystite, avec du subictère, des poussées thermiques, des douleurs irradiées dans l'épaule droite, un point douloureux dans la région vésiculaire.

A vrai dire, sur ce fond douloureux il existe des poussées qui affectent tantôt le type colitique, avec débâcle diarrhéique suivie de constipation, tantôt le type vésiculaire, et permettent de soupçonner le diagnostic.

3^e Complications psychiques. — Lorsqu'elles sont peu marquées, elles confèrent une sorte d'individualité clinique à ces malades. Parfois il peut exister de véritables psychoses nécessitant un isolement (obs. 20). Il s'agit de déprimés, de psychasthéniques, de phobiques, de petits anxieux, plus rarement de véritables mélancoliques et chez ces malades le suicide n'est pas exceptionnel.

4° **Complications appendiculaires.** — L'appendicite chronique, et plus rarement l'appendicite aiguë (obs. 17 et 27) peuvent compliquer la péricolite.

Il est normal, en effet, puisque l'appendice participe à l'inflammation de la muqueuse du côlon et que ses lésions puissent évoluer pour leur propre compte. En fait l'appendicite n'est pas très fréquente, et l'ablation de l'appendice, si fréquemment effectuée, n'améliore guère l'évolution de la péricolite.

D'autres complications sont moins importantes.

5° **Complications d'ordre sympathique et endocrinien.**

— C'est aux troubles sympathiques qu'il faut rattacher les troubles vasculaires qu'on observe fréquemment chez ces malades : œdèmes des membres inférieurs, cyanose, crampes. C'est encore à ces troubles sympathiques que certains auteurs ont rattaché les insuffisances endocriniennes (thyroïdes, ovaires) sur l'importance desquelles nous avons déjà insisté.

6° **Complications nerveuses.** — Elles sont rares. On a cependant publié des observations de polynévrite sensitive des membres inférieurs, des paraplégies compliquant des pyélonéphrites colibacillaires — ces cas sont exceptionnels.

* * *

A la période tardive de l'affection ces complications, nous le répétons, donnent une individualité propre à chaque cas et c'est ainsi qu'on a pu décrire de multiples **formes cliniques** sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Formes gastriques, rénales, hépatiques, etc... Une des difficultés du diagnostic, sera de rapporter à sa véritable cause cette symptomatologie d'emprunt.

L'existence de ces complications est une indication majeure à l'intervention ; si l'on n'intervient pas, elles vont continuer à évoluer pour leur propre compte, se fixent et aggravent à nouveau le tableau clinique.

Déjà amaigris, intoxiqués et infectés par la stase, atteints en outre d'une hépatite toxi-infectieuse ou d'une pyélonéphrite chronique, ces malades finissent par succomber, soit dans la cachexie, soit beaucoup plus souvent au cours d'une affection intercurrente, dont ils ne peuvent faire les frais.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Pour faire le diagnostic de péricolite, il faut avant tout y penser : *l'interrogatoire* permet de rattacher à leur cause les manifestations éparses de l'affection. Il montre l'évolution progressive des accidents.

L'atteinte de *l'état général* traduit la gravité de l'affection, l'amaigrissement en est le signe le plus net.

L'examen physique, par contre, donne peu de renseignements ; toutefois il permet souvent de localiser la douleur au côlon droit.

L'examen des selles macroscopique permet de déceler la colite : microscopique, il détermine par l'étude de la flore microbienne, la variété de la diarrhée ; enfin et surtout, il affirme l'absence de parasites intestinaux.

L'examen radiologique, par contre, est capital. Il vérifie le diagnostic, parfois même il l'établit lorsque l'attention avait été guidée vers une autre lésion du tube digestif. Il montre une image particulière du côlon droit, vérifie le siège des douleurs et révèle l'élément capital de l'affection : la stase. Il permet, en outre, de déceler les autres lésions associées.

A ces trois étapes, il faut ajouter *l'épreuve du traitement* médical qui, avec l'amaigrissement, permet de connaître le stade évolutif de la péricolite.

Si on ne réunit pas ces divers éléments, examen clinique d'une part, radiologique d'autre part, on peut être amené à faire les plus grosses erreurs de diagnostic.

* * *

L'interrogatoire reconnaît les deux signes principaux : la constipation et les douleurs.

La constipation est un symptôme banal : aussi faudrait-il en préciser les caractères.

— Dans la péricolite :

- 1^o elle est due à un trouble du transit ;
- 2^o elle n'est pas secondaire à un obstacle mécanique ;
- 3^o elle siège au niveau du côlon droit.

On élimine donc :

a) les constipations qui ne sont pas dues à un retard de transit, mais à une insuffisance de volume des matières ou une déshydratation excessive (côlon vorace) ;

b) les constipations dues à un obstacle : compression par une tumeur, rétrécissement par une lésion intrinsèque ou extrinsèque, obturations de la lumière intestinale ;

c) *les constipations gauches*, les plus fréquentes, ne provoquant pas de troubles, mais il ne faut pas oublier qu'elles peuvent retentir plus ou moins tardivement sur le côlon droit et l'on connaît l'importance que certains auteurs attribuent à la dyschésie dans l'étiologie de la péricolite.

d) *la constipation totale* : quand on ne lui trouve pas de cause et qu'elle ne s'accompagne d'aucun trouble, on dit qu'elle est *constitutionnelle*. Nous avons vu l'importance de cet état que nous avons décrit comme état de prédisposition.

Quand elle présente des manifestations pathologiques, on peut la considérer comme une constipation droite aggravée d'une constipation totale.

On arrive ainsi à localiser au niveau du côlon droit le siège de la constipation et sa cause déterminante, l'insuffisance de la tonicité de ce côlon droit. Nous avons dit à la radiographie les précautions dont il fallait s'entourer, avant de faire ce diagnostic. Parfois on peut aller plus loin et trouver l'étiologie de cette perte de tonicité musculaire (insuffisance glandulaire par exemple).

La douleur. — Elle n'a pas de caractère pathognomonique.

Il faut éliminer les douleurs abdominales, vagues, diffuses, sans localisation précise, qu'on retrouve chez les *mentaux* :

— Une catégorie de malades — femmes pour la plupart — se plaindront de l'abdomen durant leur vie entière : une intervention chirurgicale : appendicectomie, ovariectomie, ligamentopexie, n'aura qu'un résultat temporaire et décevant. Il en est de même pour les cures thermales, le traitement physiothérapique. En un mot, on épuise toutes les ressources de la thérapeutique alors qu'une cure de repos avec isolement ferait disparaître tous les troubles.

Cette différenciation est parfois d'autant plus difficile à faire que nous avons vu dans la péricolite survenir des troubles psychiques avec exagération des phénomènes ressentis. Il ne faut pas commettre l'erreur inverse et poser un diagnostic de névrose sans avoir fait au préalable un examen complet du tube digestif.

Les douleurs de la région lombaire font penser à une affection rénale. Mais la ptose ou l'infection rénale peuvent compliquer la péricolite.

Lorsque la douleur spontanée ou provoquée affecte un siège bas situé dans la fosse iliaque droite avec dysménorrhée, recrudescence des phénomènes douloureux au moment des règles, le diagnostic est à faire avec les affections des annexes droites, ovarite scléro-kystique, rétroversion.

Les douleurs associées aux troubles digestifs posent des diagnostics difficiles.

a) Lorsque, rythmées par les repas, s'accompagnant de nausées, de vomissements, elles siègent *dans l'hypocondre droit*, elles orientent vers une affection gastrique, duodénale ou vésiculaire, surtout s'il existe du subictère. L'examen radiologique lui-même peut confirmer cette erreur s'il se borne à l'examen de la région gastro-duodénale : le diagnostic de péri-duodénite

peut alors être posé alors qu'il s'agit d'une péricolite à prédominance supérieure.

Mais parfois un doute subsiste, et pour éliminer systématiquement l'appendicite, on fait un examen radiologique de la région iléo-cæcale. L'attention est alors attirée par l'aspect anormal du côlon, ce qui amène à étudier le transit et permet le diagnostic.

b) Quand les troubles digestifs sont associés à des douleurs à maximum dans la fosse iliaque, on aura à discuter l'*appendicite chronique*.

Beaucoup plus difficile est ce diagnostic. L'appendicite chronique présente, en effet, les mêmes douleurs diffuses siégeant dans la fosse iliaque, continues ou exacerbées en crises, parfois irradiées dans la région lombaire, les mêmes troubles digestifs ; dans les deux cas la constipation, la céphalée existent.

L'examen radiologique est indispensable pour faire le diagnostic. Il devra être fait par ingestion. Rappelons les caractères essentiels radiologiques de l'appendicite chronique : douleur nettement localisée sur le fond du cæcum se déplaçant avec celui-ci dans les changements de position du malade, elle doit être constatée au cours des multiples examens ; le reste du cæcum, du côlon ascendant, la région péri-cæcale, la région annexielle droite doivent être indolents ; enfin il n'y a pas de stase.

Mais si l'appendicite est compliquée de colite — que celle-ci soit associée ou secondaire — le diagnostic clinique devient très difficile. Encore est-il plus difficile de l'affirmer si un léger retard de l'évacuation l'accompagne ; et en pratique, la question qui se pose est de savoir si l'appendicite participe ou non au tableau clinique, autrement dit s'il y a intérêt ou non à l'enlever.

Nous pensons que lorsqu'on trouve un point douloureux nettement appendiculaire, on est autorisé à faire l'appendicectomie. Elle peut soulager le malade d'une partie de ses troubles, elle évite les complications appendiculaires et elle aggrave très rarement l'affection.

Quant aux adhérences post-appendiculaires vraies, elles ne

surviennent généralement qu'après les appendicites aiguës. Elles déterminent des douleurs, de la constipation, parfois déterminent des crises de subocclusion. Mais si elles peuvent engendrer de la stase iléale, elles ne s'accompagnent qu'exceptionnellement de stase cæcale.

La céphalée est parfois prédominante dans le tableau clinique : aussi, en présence de toute céphalée rebelle, devrait-on penser à son origine intestinale possible.

Les troubles de l'état général, associés à la constipation, peuvent parfois poser des diagnostics délicats surtout lorsqu'il s'agit d'un malade plus âgé ; on peut penser à un néoplasme colique, à un volvulus du côlon pelvien. C'est encore l'étude du transit qui permet de faire le diagnostic et l'on voit l'intérêt qu'il y a à examiner systématiquement le côlon par ingestion avant de le faire par lavement.

Nous n'insisterons pas sur les troubles associés, sur les complications de la péricolite, ce qui nous entrainerait trop loin ; nous en avons dit l'essentiel dans la symptomatologie.

* * *

Il nous reste à envisager le diagnostic de la péricolite avec différentes affections qui interviennent dans la constitution du tableau clinique.

a) La ptose cæcale, le côlon mobile tirent leurs manifestations pathologiques de la présence de la colite ou de la péricolite. On peut, peut-être, rattacher ces états à la période de latence de la péricolite.

b) La typhéctasie essentielle et la dilatation douloureuse du côlon droit correspondent déjà à un stade plus avancé.

c) *La colite* constitue un des éléments même du tableau clinique, il faut la différencier des colites banales et parasitaires sans troubles d'évacuation. Celles-ci, chroniques ou aiguës, peuvent s'accompagner de signes généraux marqués et d'intoxication prononcée. Le seul élément de diagnostic est alors la pré-

sence de stase : tant que celle-ci n'existe pas, on peut espérer obtenir la guérison de la colite de façon définitive et sans séquelles.

Peut-il exister des *colites avec stase sans péricolite* ? Nous n'en connaissons pas d'observations publiées, le fait importe peu d'ailleurs, car la symptomatologie et le traitement seraient celui de la péricolite avec stase.

Ptose cæcale, dilatation douloureuse, du côlon, colite, péricolite avec stase peuvent se succéder insensiblement.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de la péricolite droite est souvent difficile et a été considéré jusqu'à ces derniers temps comme décevant à l'extrême ; les résultats se jugent au bout de quelques années et bien souvent, sont venus détruire les espoirs qu'avait fait naître une amélioration passagère.

Insensiblement, mais progressivement, les méthodes d'exérèse ont peu à peu gagné des partisans et tendent à se généraliser. Actuellement, la question se pose ainsi : ou traitement médical ou hémicolectomie.

1° Les méthodes thérapeutiques. — Elles peuvent être de trois sortes :

1° Directes : elles s'attaquent à la cause de l'affection : par cette définition même, elles tiennent compte de la succession des phénomènes et à chaque théorie pathogénique, correspondra une méthode spécifique.

2° Les méthodes indirectes : Impuissantes à combattre la cause, elles visent à en atténuer les effets : elles s'attaquent à la colite et à la stase. Dans ce groupe rentreront les interventions de dérivation.

3° Les méthodes radicales : ne pouvant combattre la cause, ne pouvant pallier dans une mesure suffisante aux inconvénients, elles trouvent la solution du problème en supprimant la lésion : ce sont les procédés d'exérèse chirurgicale.

Il est difficile de conserver ce classement pour une description

des procédés thérapeutiques, car certains phénomènes sont envisagés, cause ou effet suivant les auteurs.

Aussi, envisagerons-nous les traitements : 1^o au point de vue médical ; 2^o au point de vue chirurgical.

A. — TRAITEMENT MÉDICAL

Il doit combattre la cause des troubles :

— S'attaquer à la stase, dont les effets toxiques et infectieux font la gravité de l'affection.

— Combattre la colite facteur de troubles fonctionnels et généraux et facteur d'aggravation des lésions.

— S'attaquer à la cause, c'est-à-dire renforcer la tonicité de la musculature colique.

Il faut combattre la constipation.

a) Pour cela, il faut *diminuer l'effort* demandé au côlon pour assurer son évolution.

— Dans ce but, on utilise l'huile de paraffine, véritable traitement de base de la constipation : elle est donnée à la dose d'une cuillerée à soupe par repas, cette dose pouvant être doublée et triplée. Il faut prescrire son absorption pendant le repas (de préférence au milieu) pour éviter son exonération inconsciente qui incommoderait le malade.

— Lorsqu'il y a insuffisance biliaire, on peut remplacer la paraffine par de l'huile d'olive.

— Pour augmenter le volume du bol fécal, on peut recourir à l'agar agar, au mucilage.

— Dans certains cas, lorsqu'il y a une constipation gauche associée, on peut faciliter l'évacuation par des suppositoires à la glycérine ou de petits lavements de 100 à 150 grammes d'eau auxquels on incorpore de l'huile d'olive.

— Si le résultat est insuffisant, il faudra s'adresser aux purgatifs doux.

En pratique : huile de ricin qu'on adjoindra à l'huile de paraffine dans la proportion de 1 pour 5.

Dans certains cas, on peut utiliser les extraits bilaires, la bile (sous forme d'ingestion ou de petits lavements), enfin de toutes petites doses de sulfate de soude ou de substances alcalines (solution de Bourget).

b) Il faut *réglementer* les contractions, c'est-à-dire modérer les spasmes.

Pour cela, on prescrit la belladone à doses progressivement croissantes pendant dix jours, durant des périodes répétées — médication précieuse, efficace, dont il faut savoir doser les effets.

Mais il faut surtout supprimer les causes de spasmes, prescrire une cure de repos, éviter les purgatifs violents (en particulier les purgatifs salins et les sels mercuriels à haute dose), les grands lavements.

De même : il faut proscrire les laxatifs courants : ils renferment toujours des substances, bourdaine, cascara, aloès, facteurs de spasmes intestinaux.

c) Il faut *augmenter* la puissance de contractions du côlon.

Pour cela, quand on pourra déceler une insuffisance glandulaire, les *extraits opothérapiques* seront d'une grande utilité : la bile, la pancréatine, l'entérokinase, l'opothérapie intestinale, accessoirement la pepsine ont donné de bons résultats, mais c'est surtout en cas d'insuffisance thyroïdienne que le traitement opothérapique est vraiment efficace : les résultats ont été parfois surprenants.

C'est dans ce cadre qu'il faut ranger toute la *physiothérapie*. A son degré le plus simple, elle comporte une hygiène stricte, des selles quotidiennes, à heure fixe, des exercices physiques, de la gymnastique abdominale, massages de l'abdomen et électrothérapie quand le spasme prédomine, hydrothérapie au contraire quand la parésie domine. Mais il faut être prudent dans l'application de cette thérapeutique qui peut parfois déclencher des crises douloureuses et des spasmes.

Quant au traitement *crénothérapique* Châtel-Guyon, Plombières, Brides, sont indiqués ; on a recommandé plus particulièrement Plombières pour les spasmodiques et les douloureux, Châtel-Guyon pour les atones.

Il faut combattre la colite. — a) En tâchant d'éviter son apparition par un régime alimentaire adéquat où l'on proscriera les éléments susceptibles d'entretenir sa chronicité.

On obtiendra ce résultat par une alimentation appropriée qui évitera de favoriser les putréfactions et les fermentations intestinales.

Aussi le régime alimentaire devra-t-il supprimer de façon absolue, outre les aliments facteurs de spasmes (thé, café, épices, alcool, boissons glacées), les aliments tels que les œufs, la charcuterie (sauf le jambon), les conserves (sous quelque forme qu'elles soient), le gibier, les viandes à sauce, les fromages fermentés, les farineux tels que haricots secs, pois cassés, le beurre cuit, les fritures, les poissons gras, le pain frais.

Au contraire, devra-t-on prescrire un régime mixte comportant d'assez gros déchets : les légumes verts, de préférence cuits à l'anglaise, les salades cuites, les épinards (éviter l'oseille), les pâtes, le riz, les pommes de terre sous forme de purée ou cuites à l'eau, les viandes grillées ou rôties, les poissons maigres bouillis (sole, merlan), les fromages frais, les compotes de fruits, des confitures, des entremets... — le lait, souvent très mal toléré à l'état pur, est très bien supporté dans les entremets ; remarque plus vraie encore, pour les œufs.

On devra s'attacher à ce que l'alimentation soit variée, le régime pas trop sévère pour qu'il soit suivi facilement. Sinon, ces malades amaigris perdent complètement l'appétit et présentent une insuffisance alimentaire qui aggrave leurs maux.

Dans certains cas, l'examen des selles permettra d'orienter de façon un peu différente l'alimentation : lorsque la fermentation prédomine, on doit augmenter l'alimentation carnée, et au contraire, lorsqu'il s'agit de putréfaction, supprimer cette alimentation carnée (momentanément du moins) et augmenter les hydrates de carbone (salades cuites).

Lors des poussées aiguës, il faudra supprimer toute substance capable de se transformer en produit toxique : cette indication est remplie par la diète hydrique (eau bouillie, eau minérale

légèrement alcaline, eau sucrée surtout, le sucre étant directement absorbé par le grêle.

Puis on revient progressivement aux bouillons de légumes, eaux d'orge et de riz, puis potages, fruits cuits, compotes, confitures, entremets, et enfin aliments azotés (viandes et poissons maigres).

b) Il faut combattre l'exagération de la flore microbienne :

— par la vaccinothérapie, vaccin anti-colibacillaire en particulier, bactério-thérapie lactique (forme liquide de préférence), bactériophage.

— par les antiseptiques intestinaux, parmi lesquels nous signalons le benzo-naphtol, la chloramine et surtout les sels d'argent qui nous ont donné d'excellents résultats.

c) Il faut encore atténuer l'irritation colique par l'ingestion de bismuth (une cuillerée à café matin et soir), de la poudre de charbon, qui absorbe gaz et toxines, de la solution de Bourget parfois qui diminue l'acidité produite par la fermentation des hydrates de carbone.

Le traitement crénothérapique, en même temps qu'il agit sur la stase, agira aussi sur la colite.

Quant à la médication symptomatique, elle cherche à diminuer les douleurs. Lorsque celles-ci sont très marquées, on peut utiliser soit de tout petits lavements laudanisés, soit lavements de décoction de graines de lin.

La diathermie enfin a donné, dans nombre de cas, des résultats appréciables.

En résumé, le traitement médical comportera essentiellement :

— un minimum de médicaments possible (huile de paraffine, belladone),

— un maximum de traitements hygiéniques et diététiques.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Différentes interventions ont été proposées, basées sur les pathogénies diverses de l'affection.

Signalons tout d'abord qu'étant donné l'action du sympathique sur la tonicité du côlon, on s'est proposé d'agir sur lui. Nous n'insisterons pas sur ces interventions (section des ramificantes), leur effet serait inconstant, transitoire. Elles sont rarement pratiquées.

Les autres interventions vont s'efforcer :

1^o de supprimer l'élément anatomique qui provoquerait la stase.

On peut ainsi les grouper :

Lés pexies : cæco-pexie, colopexie en équerre.

La libération des adhérences : cæcocololyse.

Ce sont les « petites interventions » auxquelles il faut adjoindre la cæcopicature ;

2^o De supprimer la stase :

Opération de dérivation dont la plus utilisée est la cæcosigmoïdostomie.

3^o De supprimer la lésion, source de toxémie :

Opérations de résection dont la plus importante est l'hémicolectomie droite.

1^o PEXIES, etc...

La *cæcopexie* s'adresse au cæcum mobile : elle empêcherait la ptose cæcale, les coudures secondaires et, partant la stase.

La *colopexie en équerre* (GRÉGOIRE). — Le fait que la dilatation ne porte pas seulement sur le cæcum, mais sur le côlon droit tout entier permet d'attribuer cette dilatation à la coudure de l'angle droit ; cette intervention vise à supprimer cette coudure en redonnant au cadre colique sa forme normale.

La *cæcocololyse*. — Elle cherche à libérer le côlon des entraves mécaniques qui gêneraient son évacuation : coudure, bride, membrane, et s'attaque donc à la péricolite elle-même. Elle doit être faite de façon très minutieuse pour éviter la reproduction des adhérences petit moignon de ligature, péritonisation soignée, épiplooplastie, utilisation de liquides spéciaux... La multiplicité des procédés implique leur inefficacité.

La *cæcopicature* a seulement pour but de réduire la capacité de la poche cæcale et partant les absorptions toxiques. Elle n'est en pratique utilisée que comme complément d'une autre intervention.

A toutes ces interventions, on peut faire un reproche capital. Elles s'adressent uniquement à l'un des éléments du tableau clinique — dilatation, ou membrane péricolitique — et laissent subsister la cause de la péricolite : la paroi colique infectée.

Ces interventions cependant ont pu donner dans certains cas des résultats appréciables. L'appendicectomie qui est toujours associée, le repos et le traitement médical suivis pendant la période pré et post-opératoire en sont les principaux facteurs.

Cependant la colopexie en équerre favorise peut-être l'évacuation du côlon en diminuant la traction qu'il exerce sur ses ligaments : elle ne s'adresse qu'à la période de l'affection que nous avons décrité sous le nom de période de début.

2^e INTERVENTIONS DE DÉRIVATION.

Devant l'échec des interventions précédentes, on est amené logiquement à vouloir supprimer son élément de gravité : la stase.

D'où les interventions dites de dérivation.

Ces interventions de drainage consistent à anastomoser l'intestin, — soit en amont de la stase (iléon), soit à son niveau (cæcum) — avec la sigmoïde.

L'intervention peut comporter une simple anastomose, mais la presque totalité des matières continue le trajet normal sans utiliser la bouche anastomatique. Aussi peut-on lui adjoindre pour la rendre efficace une section sous-jacente de l'intestin, mais bien souvent, au niveau du long diverticule ainsi créé se passent des phénomènes de dilatation secondaire et de résorption toxique qui en imposent la résection ultérieure.

L'*iléo-sigmoïdostomie* avec ou sans exclusion est à l'heure actuelle complètement abandonnée par suite des mauvais résultats qu'elle donne.

L'iléo-transversostomie n'est utilisée que comme premier temps d'une hémicolectomie droite faite en deux temps.

La **cæco-sigmoïdostomie** est à l'heure actuelle la seule intervention de dérivation pratiquée. Elle présente un avantage considérable sur les précédentes parce que l'arrivée du chyle dans le cæcum et par suite dans le sigmoïde, reste rythmée par le sphincter iléo-cæcal conservé.

Au point de vue clinique les résultats sont très variables. Parfois, il se produit d'emblée une amélioration considérable ; nous en avons un exemple dans l'obs. IX : après l'intervention, le poids augmente de 10 kilos, les douleurs disparaissent, l'état général s'améliore, mais par contre, la constipation augmente.

Dans d'autres cas, au contraire, l'état du malade ne s'améliore guère. Ainsi dans l'obs. VII, l'intervention n'a amené aucun changement et malgré un traitement médical strict associé, l'état général s'aggrave. Ce n'est que 4 ans après, alors qu'une seconde intervention était envisagée que l'état de la malade s'améliore. Il en est de même pour les observations IV et I.

L'inconstance de ces résultats, et en particulier la persistance de la constipation s'explique aisément par l'étude du fonctionnement de la bouche anastomatique (obs. 9).

A la suite d'ingestion barytée, le transit du grêle est normal, la baryte arrive régulièrement dans le côlon droit qu'elle remplit progressivement ; une faible partie du liquide opaque passe directement dans le sigmoïde tandis que la plus grande partie (les 9/10) s'élimine en suivant le trajet normal, c'est-à-dire qu'elle atteint le transverse, puis l'angle gauche, puis le côlon descendant. Le cæcum sera la dernière portion à se vider ; 105 heures après l'ingestion il y reste encore de la baryte bien que des matières fécales aient été émises pendant ce temps.

La stase qui était avant l'intervention de 90 heures environ a donc augmenté.

Le lavement baryté vérifie pourtant la largeur de la bouche anastomatique ; après avoir pénétré dans le rectum, il se bifurque au niveau de l'anastomose en deux colonnes ; l'une, la plus



Cæco-sigmoïdostomie
(obs. 9).

Fig. 8. — Après lavement on voit la bulle d'air qui indique le point de rencontre des deux colonnes barytées. Après l'évacuation, la radiographie est calquée sur la suivante.

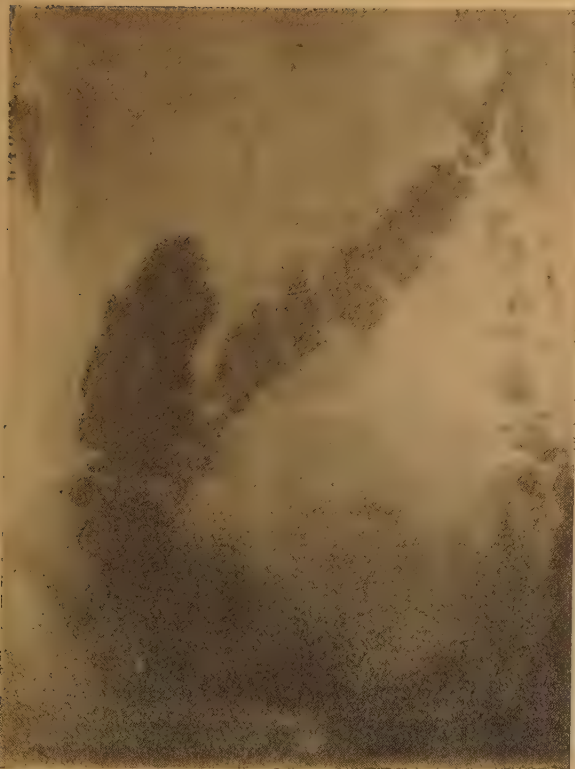


Fig. 8 bis. — Dix heures après ingestion. Le cæcum se videra en dernier.

importante monte dans le côlon ascendant ; l'autre, moins importante monte par le sigmoïde et le côlon descendant.

Ces deux colonnes barytées vont se réunir vers l'angle gauche, le point de réunion étant marqué par une tache claire qui représente les gaz refoulés. La figure 8 montre bien cet aspect.

L'évacuation du lavement baryté, par contre, va se faire par le trajet normal sans utiliser la bouche anastomotique.

Le côlon gauche se vide le premier (fig. 8 *bis*) puis le transverse, puis le côlon droit et 72 heures après il reste encore un peu de baryte au niveau du cæcum.

Les mêmes phénomènes se reproduisent dans l'obs. 2.

Ces résultats concordent de façon absolue avec ce qui a été publié à ce sujet. On conçoit que la stase n'étant pas modifiée, l'état général continue à s'aggraver. On admet que dans les cas favorables, elle serve de « soupape de sûreté » permettant l'évacuation des gaz et des liquides toxiques.

On a cherché à améliorer les méthodes de dérivation. C'est dans ce but qu'a été décrite :

La cæco-sigmoïdostomie en Y. Elle consiste après avoir sectionné le sigmoïde à anastomoser le fond du cæcum avec le bout inférieur et à réimplanter le bout supérieur latéralement sur le segment inférieur.

Cette intervention est aussi grave, aussi longue que l'hémi-colectomie et ses résultats ne sont pas comparables.

Devant l'inconstance des résultats de ces interventions de dérivation, on a préconisé les résections.

c) RÉSECTIONS.

La colectomie totale a été abandonnée à cause de la longueur de phase d'adaptation qui suit cette intervention : diarrhée profuse et phénomènes douloureux traduisant la columnisation de la portion terminale du grêle.

Aussi, pour éviter cette dilatation du grêle a-t-on décrit « la *colectomie métacæcale* » de LARDENNOIS.

Dans cette intervention, la section ne porte plus au niveau du grêle mais au niveau de l'union du cæcum avec le colon ascendant. Cette tranche de section est fermée et on rétablit la continuité du transit en faisant une anastomose termino-terminale entre le fond du cæcum et le bout inférieur du sigmoïde sectionné :

On a ainsi conservé la valvule iléo-cæcale qui rythme l'arrivée du chyme, et la portion restante du colon droit est suffisante pour éviter les phénomènes de dilatation secondaire du grêle. Mais cette intervention comme toute colectomie totale est longue, toujours aléatoire et relativement grave ; aussi la réserve-t-on au cas où il y a une grosse stase gauche associée et pratique-t-on le plus souvent : **l'hémi-colectomie droite**.

Nous allons l'étudier (avec ses variantes) dans un chapitre spécial.

C. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Au point de vue pratique, étant donné l'évolution que nous avons décrite à la péricolite, il nous faut envisager son traitement à ses différents stades. Au début, à la période d'état et au moment des complications.

Pendant la période de latence, marquée cliniquement par un seul signe : la constipation, le traitement sera surtout un traitement prophylactique. Il sera donc purement médical, et comportera surtout des règles d'hygiène et de diététique. L'enfant devra s'habituer à aller régulièrement à la selle ; et il faudra soigner une constipation gauche, vérifier s'il n'y a pas lieu d'associer un traitement opothérapique et l'apparition d'une colite imposera une thérapeutique rigoureuse.

Mais il est une question qui se pose fréquemment : le rôle de l'appendice dans la pathogénie des douleurs. On peut préconiser l'exérèse de l'appendice, considérant celui-ci comme un réservoir infectieux qui infecte périodiquement le côlon et compromet sa guérison. Ou encore, à cette période où la stase droite n'est

pas très prononcée, on peut parfois même hésiter entre le diagnostic d'appendicite chronique et de colite. Aussi, lorsqu'il y a doute ne nous semble-t-il pas condamnable *à priori* de pratiquer l'appendicectomie, pourvu que l'on ait prévenu auparavant le malade d'une possibilité de la persistance de tous les troubles.

A ce moment se pose un nouveau problème : faut-il ajouter à cette intervention une thérapeutique contre la péricolite ?

A cette période de début, lorsque la radiographie a montré une angulation très marquée de l'angle droit, une dilatation avec mobilité considérable du cæcum (correspondant à ce qu'on a appelé la dilatation douloureuse du côlon droit) on peut envisager la colopexie en équerre de DUVAL et GRÉGOIRE.

C'est à cette période aussi qu'un examen de la région iléo-cæcale permettra parfois, lors de l'intervention, de voir et de sectionner une bride isolée nette — bride de Lane, repli sous et préiléoterminal de Lardennois.

Par contre, il nous paraît tout à fait inutile de pratiquer la section de larges voiles membraneux : Jamais, dans ces cas, la péritonisation ne pourra être assez soignée et l'hémostase assez rigoureuse pour prévenir la récédive.

Il nous semble de même que la cæcoplicature est inefficace dans tous ces accidents. Aussi tenons-nous pour inutiles ces énormes incisions faites au cours de l'appendicite chronique, uniquement pour vérifier l'état de la région. Une incision moyenne permet de voir la région terminale de l'iléon et lorsque l'on veut pratiquer une colopexie en équerre, la décision doit être prise avant l'intervention.

A la période d'état et nous rappelons que cette période d'état est caractérisée radiologiquement par la présence de la stase, on devra encore mettre en œuvre la traitement médical qui comprend : le traitement de la constipation et celui de la colite ; il faut envisager les cures hydrominérales, utiliser toutes les modalités du traitement physiothérapique.

Lorsque le traitement médical rigoureux a été suivi pendant fort longtemps (un à deux ans) que l'on a épuisé toutes les res-

sources et que l'évolution reste stationnaire ou tend à s'aggraver, il y a lieu d'envisager le traitement chirurgical : l'hémicolectomie droite. Mais ce traitement chirurgical devra toujours être complété par un traitement médical sévère et longtemps poursuivi.

Rappelons succinctement les éléments de gravité qui imposent l'intervention.

Indications opératoires. — Ce sont des signes cliniques, des signes radiologiques. *L'intensité de la stase* est un facteur que l'examen radiologique permet de juger avec précision : lorsqu'il y a stase cœcale de 60 à 80 heures et plus, il faut intervenir car cette stase ne rétrocedera jamais au traitement médical. Encore ce chiffre est-il un grand maximum. Il ne faut cependant pas oublier que l'intoxication de l'organisme dépend autant de l'intensité de la colite que du degré de la stase.

Parmi les signes cliniques, l'*amaigrissement* est le plus important. Quand il atteint plusieurs kilos par an pendant quelques années consécutives, il implique un état grave. Il ne faut pas tenir compte pour son évaluation de l'amaigrissement passager qui succède aux poussées de colite car le malade reprend ultérieurement une partie du poids qu'il a perdu.

La présence de « *crises* » douloureuses répétées et rapprochées sont une indication opératoire de plus surtout lorsqu'elles sont associées à des troubles digestifs marqués, des vomissements en particulier.

Mais l'indication majeure du traitement chirurgical sera donnée par l'apparition des *complications* et parmi celles-ci la pyélonéphrite, l'hépatite toxique.

Il importe dès lors de ne plus tarder car ces complications vont évoluer pour leur propre compte et une intervention trop tardive n'aura plus d'action sur des lésions fixées.

Il est un point plus important encore que l'examen clinique du malade. C'est la physionomie *évolutive* de l'affection. Elle est, il est vrai, surtout affaire d'interprétation. Ainsi, un malade dont l'état reste stationnaire depuis de longues années n'est pas justiciable de l'intervention si cet état est supportable. Par

contre, si l'interrogatoire montre une évolution progressive et en quelque sorte inéluctable malgré un traitement très rigoureux et longtemps maintenu, il y aura lieu d'intervenir pour arrêter l'évolution, même si les signes cliniques ne sont pas encore d'une gravité extrême.

Il est enfin un facteur que nous considérons, peut-être à tort, comme important : mais d'interprétation délicate, c'est l'*état mental* du malade.

Parfois, il réclame à tout prix une intervention et préfère courir un risque opératoire que de voir subsister un état qui lui interdit toute vie active. On n'hésitera pas à l'opérer si les lésions sont assez prononcées.

La conduite à tenir sera toute différente chez un malade qui redoute l'intervention.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT (suite).

TECHNIQUE DE L'HÉMICOLECTOMIE DROITE

A. — GÉNÉRALITÉS.

L'Hémi-colectomie droite constitue actuellement une opération bien réglée, relativement simple, qui peut être menée rapidement et dont la mortalité est faible.

Nous ne ferons que préciser certains points.

1^o Dans la majorité des cas, l'hémi-colectomie droite sera faite *en un temps*. La chirurgie du côlon droit est en effet toujours moins grave que celle du côlon gauche et ne nécessite pas, comme celle-ci, la division en plusieurs temps.

L'opération en deux temps sera réservée aux cas où le malade paraît trop fatigué, trop affaibli pour supporter une intervention sérieuse. Le premier temps sera alors une iléotransversostomie termino-latérale avec fermeture du bout cœcal (ce cas ne s'est jamais présenté dans les observations).

2^o Le point où devra porter la section du transverse doit être également précisé. Le milieu du transverse n'est qu'un repère relatif, le prendre amène souvent à garder trop de transverse. Il faut en réalité pratiquer la section un peu à gauche du point le plus déclive pour éviter la chute de l'anastomose dans le bassin. Il ne faut pourtant pas la faire trop à gauche car la suture risquerait d'être tirillée.

Pratiquement, l'abdomen une fois ouvert, on amène l'iléon au contact du transverse et l'on recherche la position optima

qui permettra d'enlever *le plus de transverse possible* sans que la suture soit tiraillée.

3° Le point de section dans la région iléo-cæcale devra être décidé d'après l'état des lésions :

a) Quand les adhérences enveloppent le cæcum et la terminaison de l'iléon, il faudra faire une iléo-transversostomie.

b) Quand le cæcum lui-même semble absolument intact de toute lésion péricolitique, on pourra le conserver et faire une cæco-transversostomie. Disons d'emblée qu'il est exceptionnel de rencontrer une telle intégrité du cæcum, des adhérences descendant presque toujours suffisamment bas sur celui-ci. Or, pour les résultats ultérieurs, il nous semble très important (et ceci découle de l'étiologie de la péricolite) que la section porte en tissu sain.

c) Aussi quand la région iléo-cæcale est indemne, pourra-t-on faire une hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin. Nous indiquons plus loin l'intérêt de cette intervention.

4° L'Hémicolectomie sera complétée par une *anastomose termino-terminale*. Les publications parues à ce sujet ces dernières années ont montré un accord presque unanime. Elle est en effet aussi solide, pas plus difficile et donne de meilleurs résultats physiologiques.

L'anastomose latéro-latérale expose en effet à la dilatation secondaire des culs-de-sac, en particulier du cul-de sac iléal au niveau duquel la stase peut occasionner des phénomènes d'intoxication de la plus haute gravité.

Quant à l'anastomose termino-latérale, elle n'est plus utilisée que comme premier temps d'une hémicolectomie faire en deux temps.

B. — *TECHNIQUE (1) DE L'HÉMICOLECTOMIE DROITE
AVEC ILÉOTRANSVERSOSTOMIE
TERMINO-TERMINALE*

Malade en Tréudelenburg. Opérateur à gauche.

Incision médiane partant du pubis et remontant au-dessus de l'ombilic.

Il nous a semblé que l'incision médiane était préférable lorsqu'il s'agit d'enlever un organe abdominal facilement mobilisable tel que le côlon droit.

Mise en place de la valve de Doyen qui écarte largement les lèvres de la plaie.

EXPLORATION DES LÉSIONS.

I. **Libération du côlon.**

Incision du péritoine pariétal le long du bord externe du côlon droit et du cæcum. Section des brides qui fixent l'angle droit, après ligatures, car elles sont souvent vasculaires.

Rabattement par clivage du côlon droit sur la ligne médiane. Le mésocôlon ascendant et les vaisseaux qu'il contient sont ainsi libérés et étalés devant les yeux.

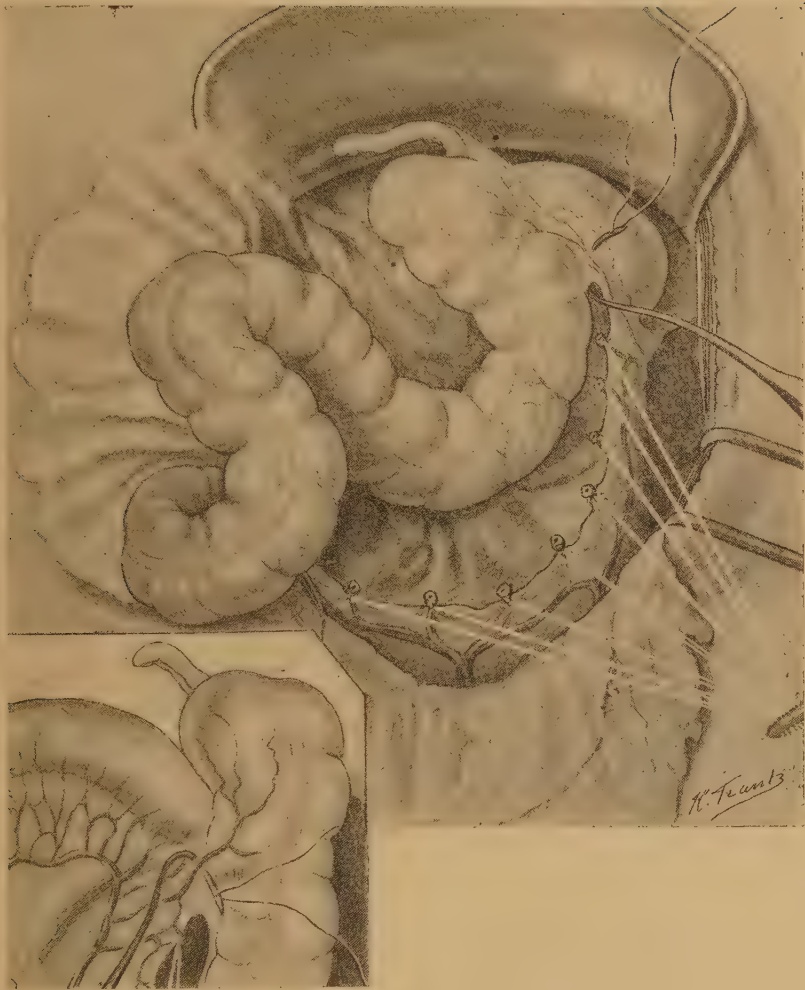
Libération de la moitié droite du colon transverse par *décollement colo-épiploïque*. Parfois à ce moment résection d'une fraction d'épiploon malade.

II. — On procède alors à la **ligature des vaisseaux** en commençant au point où partira la section sur le transverse et en liant les artérioles presque au ras de l'intestin ; les fils de ligature sont *laissés longs* et réunis par une pince.

On s'éloigne alors progressivement du bord intestinal respectant la colique supérieure droite et sa branche gauche ; on lie sa branche droite ainsi que l'artère du côlon descendant quand

1. Technique du D^r BERGERET.

PLANCHE VI.



F.g. 9.

On voit la zone déperitonisée créée par le décollement colo-pariétal, 1^{er} temps.
 L'épiploon rabattu après décollement colo-épiploïque.
 Ligatures vasculaires, les fils sont laissés long.

PLANCHE VII.

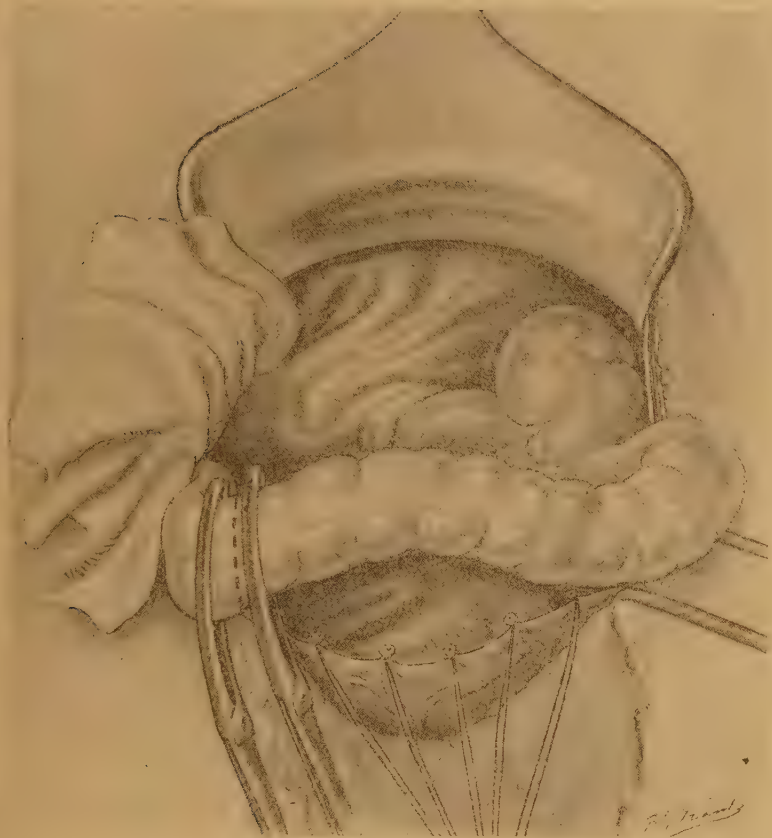


Fig. 10. — Section première du transverse.

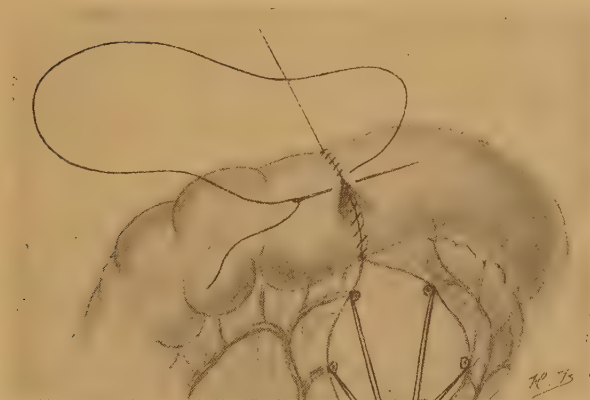


Fig. 11. — Anastomose termino-terminale (on voit les fils de ligature vasculaires laissés long : la brèche mésentérique sera aisément fermée en nouant les fils deux à deux).

PLANCHE VIII.

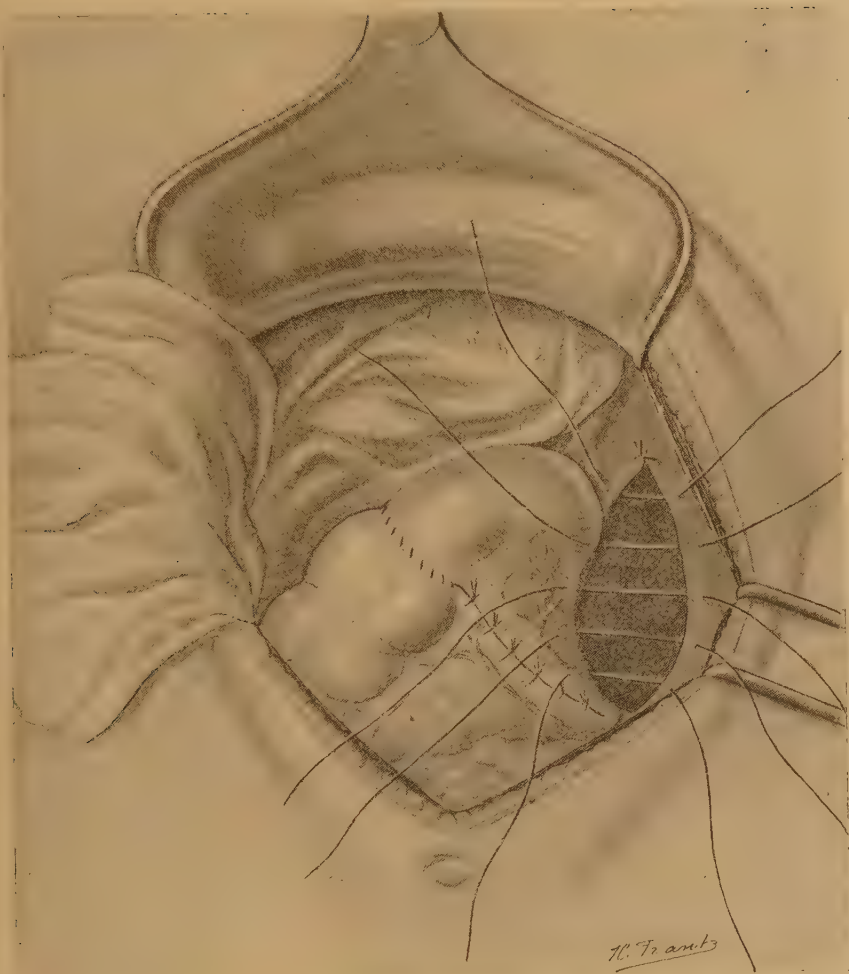


Fig. 12. — La brèche mésentérique est fermée.
Péritonisation de la fosse iliaque.

elle existe. On descend ainsi jusqu'à l'angle iléo-cœcal abordant les artères d'abord par la face droite du mésocôlon, puis dans la partie inférieure, par sa face gauche. On lie enfin les branches terminales de l'iléo-colique ; les dernières ligatures portent sur les branches terminales de la mésentérique au niveau même où l'iléon sera coupé.

Toutes ces ligatures sont faites en s'attachant à conserver le plus de péritoine possible, donc très près du côlon. On s'assurera, en amenant l'iléon au contact du transverse, que la suture ne sera pas tirillée.

III. Résection du côlon.

On commence par la *section du transverse*. Pose d'un clamp souple sur la partie que l'on doit conserver ; pince de Kocher sur le bout que l'on enlève : section au bistouri.

Toilette de la branche colique que l'on recouvre d'une compresse fixée par deux pinces de Chaput.

On pratique ensuite la section de l'iléon par la même méthode.

Il faudra vérifier à ce moment la *vascularisation du bout iléal* ; on a dit que la vascularisation du grêle était plus précaire dans les derniers centimètres. Il nous a semblé que celle-ci était à peu près identique, quel que soit le niveau. En tout cas, la section se fait suffisamment loin du cæcum pour ne pas intéresser cette zone.

IV. Anastomose termino-terminale. — On rapproche au contact les deux bords mésentériques et on les maintient en contact par un fil de soutien noué une seule fois à l'intérieur.

Premier surjet total circulaire à l'aiguille de Reverdin courbe au catgut 00 à résorption lente. Ce surjet prend toute l'épaisseur de la paroi. L'aiguille charge la muqueuse musculuse et séreuse iléale, puis séreuse, musculuse et muqueuse du côlon. Ce surjet total commence 1/3 en deçà du point mésentérique, quand il passe à son niveau on enlève le fil de soutien ; il est poursuivi sur les neuf dixièmes de la circonférence, adossant ainsi les

séreuses. Le dixième restant est fermé en deux plans : un plan muqueux, un plan musculueux.

— *Deuxième surjet séro-séreux* au catgut 00, à l'aiguille de couturière faisant le tour de l'anastomose.

V. Lorsque la suture intestinale est terminée, **fermeture de la brèche mésocolique** en joignant entre eux deux à deux les fils de ligature laissés longs.

VI. — **Péritonisation** de la fosse iliaque et de la fosse lombaire rendue parfois difficile par manque d'étoffe.

VII. — **Fermeture sur un drain** laissé dans la fosse iliaque.

C. — *TECHNIQUE DE L'HÉMICOLECTOMIE AVEC CONSERVATION DU CÆCUM CÆCO-TRANSVERSOSTOMIE*

Il est très rare d'avoir à pratiquer cette intervention.

La technique générale est la même que celle que nous venons de décrire, mais les ligatures artérielles se termineront en liant l'arcade artérielle parallèle au bord mésentérique du côlon, cette ligature se fait au point où portera la section de l'intestin.

La section du cœco-côlon se pratique ainsi : clamp sur le cæcum, pince de Kocher sur le côlon, section au bistouri à trois centimètres environ au-dessus de l'embouchure de l'iléon.

Même technique que précédemment pour la fin de l'intervention.

Hémicolectomie droite avec conservation du cæcum.

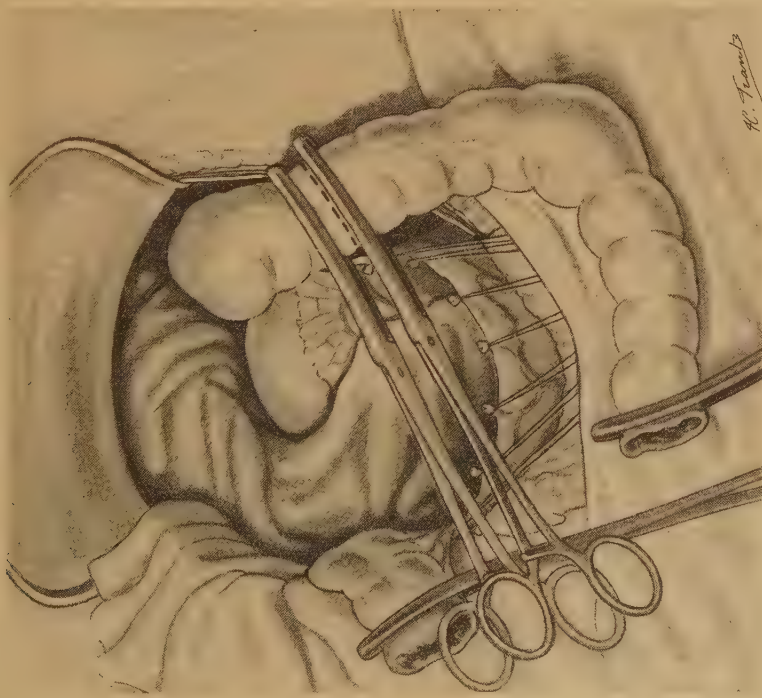


Fig. 13. — Section du colon ascendant un peu au-dessous de l'abouchement du grêle

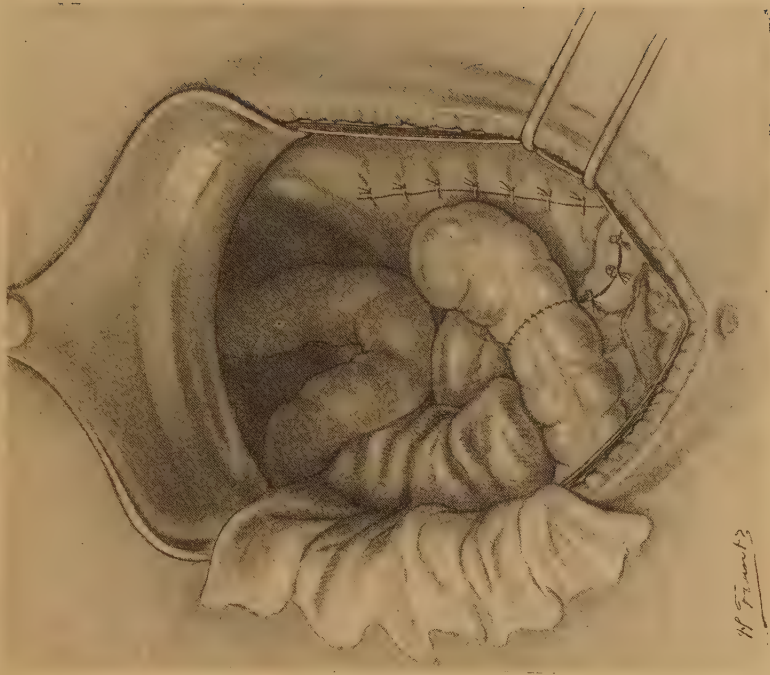


Fig. 14. — L'intervention terminée.

D. — *ÉTUDE DE LA CONSERVATION DE LA VALVULE
DE BAUHIN DANS L'HÉMICOLECTOMIE DROITE*

Quand on fait l'examen des lésions, on s'aperçoit qu'il existe parfois des cas intermédiaires où la péricolite laisse libre la fin du grêle et la partie adjacente du cæcum, mais où celui-ci est suffisamment atteint par des adhérences à sa partie supérieure pour qu'on ne puisse le conserver en entier.

Il semble que dans ces cas il y ait intérêt à conserver la valvule de Bauhin.

Nous allons étudier l'intérêt physiologique de cette conservation, ses possibilités anatomiques, et indiquer une technique de sa conservation.

LA VALVULE DE BAUHIN

1^o *PHYSIOLOGIE.*

Etant donné l'état actuel de la question, on ne peut physiologiquement séparer le sphincter iléo-cæcal de la valvule de Bauhin. Aussi, aurons-nous en vue l'ensemble sphincter-valvule.

Il a une double fonction : régulariser le passage du chyle dans le gros intestin et en empêcher le reflux.

Ce passage à travers le sphincter s'effectue comme le passage du chyme gastrique à travers le pylore, c'est-à-dire non pas de façon continue, mais par gorgées ; un arrêt normal se produit ainsi dans l'iléon terminal, arrêt qui permet à la digestion de se compléter.

Pendant les périodes d'activité, on voit une onde péristaltique cheminer progressivement sur l'extrémité iléale jusqu'au cæcum. A ce moment, la valvule s'ouvre par relâchement du sphincter ; 4 à 5 centimètres cubes de matières liquides mélangées de gaz pénètrent alors. A son tour, le cæcum se contracte, en même temps que le sphincter se referme.

Il semble donc qu'il y ait :

- Un temps iléal ;
- Un temps d'ouverture valvulaire (relâchement du sphincter) :
- Un temps de réplétion cæcale.
- Un temps de fermeture valvulaire (contraction du sphincter).

Pour que ce mécanisme, semblable à celui du pylore, soit parfait, il faut que la valvule empêche le reflux du chyme dans le grêle pendant la contraction cæcale.

Cette continence a été très discutée, car, au cours d'un lavement baryté, le liquide passe dans le grêle, dans la proportion de 30 à 40 % des cas. En réalité, dans ce cas, les conditions physiologiques ne sont pas strictement observées : les mouvements antipéristaltiques, au cours de la digestion, ne peuvent jamais avoir une force de pénétration égale à celle d'un lavement, même à pression relativement basse. D'autre part, le lavement dilate le cæcum, distend ses parois et tend à évaser l'ouverture du sphincter. En réalité, cette insuffisance valvulaire est due à un défaut de tonicité.

Cette tonicité peut d'ailleurs varier d'un moment à l'autre chez le même individu. Certaines expériences ont montré que le chien, à jeun depuis 48 heures, présente un sphincter iléo-cæcal incontinent, qui reprenait sa tonicité dès que l'animal absorbait des aliments. Il existe, peut-être, un synchronisme entre les sphincters iléo-cæcal et pylorique : (réflexe gastro-iléal de Hurst).

L'innervation du sphincter iléo-cæcal dépend d'un système autonome propre : formation nodale neuro-musculaire (nous l'avons déjà vu à l'étude de l'innervation du cælon droit).

En effet, si on sectionne tous les nerfs arrivant au sphincter, on obtient une parésie de celui-ci pendant quelques jours. Cette parésie ne dépasse jamais 8 jours, puis sa tonicité reparait.

L'innervation extrinsèque (pneumogastrique et sympathique) n'a donc sur lui qu'une action réflexe, qui le met en relation avec les autres sphincters du tube digestif.

Par cette étude, on conçoit l'intérêt qu'il y aura dans l'hémi-

PLANCHE X.
La valvule de Bauhin.



Fig. 15. — Coupe vertico-transversale.
La « gargouille » dont l'orifice regarde en bas.

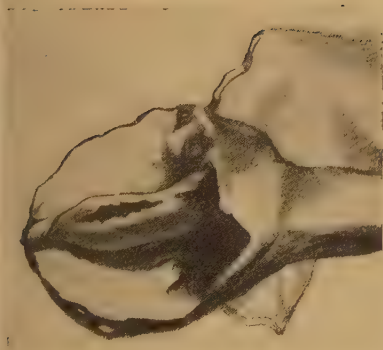


Fig. 16. — La valvule de Bauhin.
Vue sur le cadavre.
Les freins anatomiques.
(d'après M. C.).



Fig. 17. — Coupe horizontale passant par
l'orifice valvulaire, adhérente en arrière,
elle est libre en avant.

Les photographies ci-dessus sont dues à l'extrême obligeance de M. le Prof. agrégé
H. Bernard, qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

colectomie droite à conserver ce sphincter ; il permet une utilisation alimentaire meilleure et, rythmant le passage du chyme, diminue la tendance à la diarrhée.

2^o ANATOMIE.

Morphologie. — Le grêle se termine en pénétrant dans le cæcum : il s'invagine profondément de près de deux centimètres et il y déverse son contenu, telle une « gargouille ».

En s'invaginant dans le cæcum, il entraîne un peu de la paroi cæcale qui s'accolé à lui ; le cul-de-sac situé entre le cæcum et le grêle est recouvert par le péritoine qui passe en pont de l'un à l'autre. Cette invagination est beaucoup plus considérable que ne le disent les classiques (Fig. 15).

La portion invaginée a été décrite (BAUHIN 1579) comme une valvule avec deux lèvres supérieure et inférieure, deux freins antérieur et postérieur (Fig. 16). Elle est libre par rapport à la paroi antérieure du cæcum adhérente en arrière et le limite ainsi nettement en haut : les photographies ci-jointes montrent bien cette disposition (Fig. 17).

Cette disposition valvulaire serait due à la flaccidité cadavérique. Sur le vivant, la valvule de Bauhin, vue par l'intermédiaire d'une fistule cæcale, a été décrite comme une papille (Hurst).

Au point de vue microscopique, le sphincter iléo-cæcal est formé par la fusion des fibres circulaires et longitudinales de l'extrémité de l'iléon et du cæcum adjacent. Ce plan musculaire se prolonge jusqu'à l'extrémité de la valvule, il est renforcé alors par quelques fibres circulaires propres.

Vascularisation (1). — La région iléo-cæcale est essentiellement irriguée par la terminaison de l'artère iléo-cæco-colique.

Branche collatérale de la mésentérique supérieure, celle-ci se dirige oblique en bas et à droite vers l'angle iléo-cæcal. Elle se termine à une distance variant entre 3 et 8 cm., en 5 branches.

1. Nous remercions M. le Prof. agrégé Hovélacque de l'aide précieuse qu'il nous a apportée pour la rédaction de ce chapitre.

3 branches terminales : cæcale antérieure, cæcale postérieure appendiculaire ;

2 branches anatomiques : artère colique, artère iléale.

Cette terminaison se fait : soit en bouquet, soit par boucles dont se détachent les branches, soit en se continuant en une branche maîtresse de laquelle naissent les autres branches terminales.

Le territoire irrigué est ainsi disposé :

— *les artères cæcales* atteignent le bord interne du côlon ascendant, un peu au-dessus du bord supérieur de l'iléon (un cm.) Elles irriguent la face correspondante du cæcum, *les 2 ou 3 premiers centimètres du côlon et les derniers centimètres de l'iléon.* En outre, la cæcale postérieure irrigue le segment proximal de l'appendice.

L'appendiculaire irrigue l'appendice, et, parfois, la face postérieure des derniers segments de l'iléon.

La branche colique (simple ou double), le plus souvent horizontale, se coude pour devenir ascendante ; elle ne se rapproche de l'intestin que 3 ou 4 cm., au-dessus du bord supérieur de l'iléon. Elle va s'anastomoser avec la branche inférieure de la colique supérieure. *Elle n'irrigue jamais le 1^{er} segment du côlon ascendant.* Son territoire commence à 2 ou 3 cm. au-dessus du bord supérieur de l'iléon.

La branche iléale qui va s'anastomoser avec l'artère mésentérique supérieure n'atteint l'intestin grêle qu'à distance de l'angle iléo-cæcal. Il n'y a pas d'arcades secondaires, le plus souvent, au niveau des derniers centimètres de l'iléon. Les vaisseaux droits qui en naissent directement se portent d'autant plus obliquement en bas et à droite que le point où l'artère atteint l'iléon est situé plus loin.

L'irrigation des deux derniers centimètres de l'iléon se fait à la fois par l'iléale et par les branches venues surtout de la cæcale antérieure, accessoirement de la cæcale postérieure et de l'appendiculaire.

De ceci, il résulte que les branches terminales : cæcale antérieure, cæcale postérieure et appendiculaire irriguent le cæcum

PLANCHE XI.

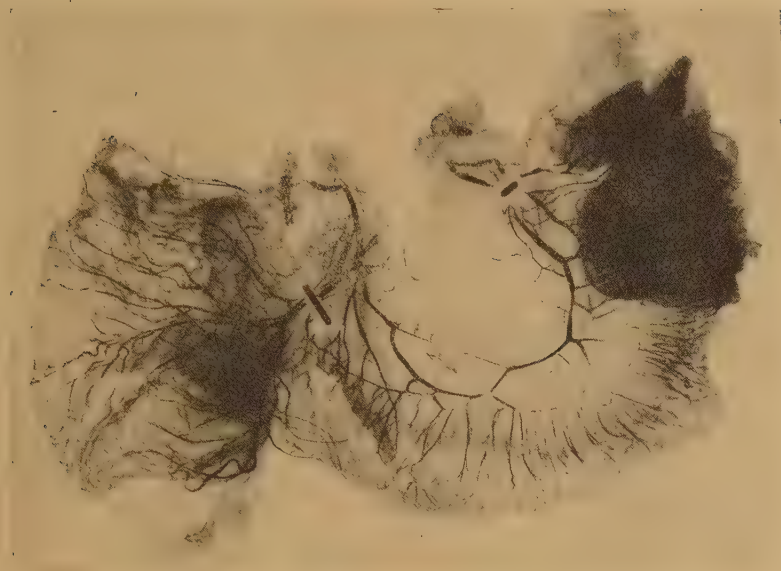


Fig. 18. — Injection par artère iléale et appendiculaire.

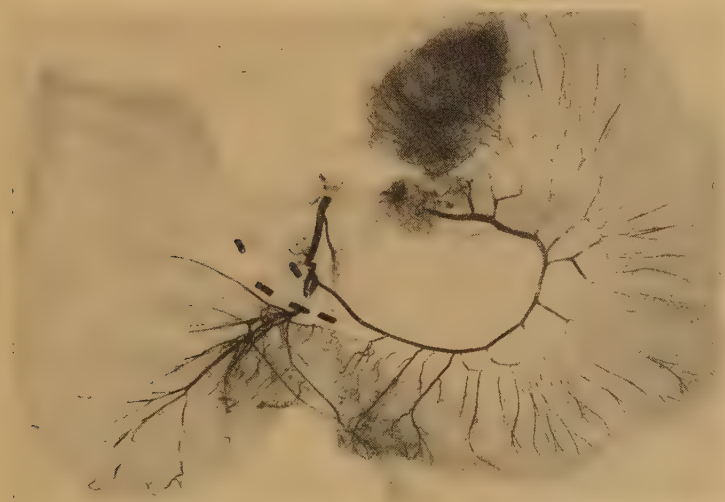


Fig. 19. — Injection par l'artère iléale (les ligatures ont été posées au ras de l'intestin).

PLANCHE XII.



Fig. 20. — Injection par l'arcade colique.

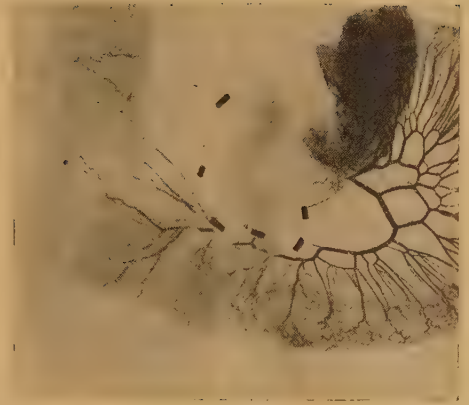


Fig. 21. — Injection par la mésentérique (les ligatures sont placées au ras de l'intestin).



Fig. 22. — Injection par artère cæcale antérieure.

et les deux premiers centimètres du côlon et *contribuent à irriguer les derniers centimètres du grêle.*

Entre ce territoire et celui de la colique d'un côté, celui de l'iléale de l'autre, il n'y a pas d'anastomose *importante visible*. Sur dix pièces anatomiques fraîches, nous avons recherché s'il en existait, et, pour cela nous avons fait des injections au minium dans une des branches après avoir lié les autres, le liquide ne pouvant passer d'un territoire à l'autre, qu'en passant par les anastomoses.

Les radiographies ci-jointes montrent le résultat obtenu. Il existe, au point de vue artériolaire, un jeu suffisant d'anastomoses (au point de vue irrigation de la valvule de Bauhin) entre le système des cæcales et les branches terminales de l'iléale. Nous avons, en effet, retrouvé constamment une petite anastomose siégeant au bord supérieur de l'intestin, et une autre siégeant au niveau à son bord inférieur.

Par contre, les anastomoses entre le territoire des cæcales et de la colique inférieure, sont faibles.

L'injection a été poussée le plus souvent du bout des doigts avec pression faible, mais il est bien évident que ces résultats sur cadavre ne sont pas strictement applicables sur le vivant. Aussi, dans la technique de l'hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin, il sera bon de lier les artères assez loin du côlon pour ménager les anastomoses du bord supérieur du grêle et de vérifier ultérieurement la vascularisation.

Lymphatiques (1). — Les lymphatiques de la région iléo-cæcale vont aux ganglions de la chaîne iléo-colique.

Ils sont collectés par 5 chaînes ganglionnaires qui suivent les branches de l'artère iléo-cæcale et se résument dans la chaîne iléo-colique. Il y aura donc une chaîne *iléale* à très rares nodules ganglionnaires ; *coliques* qui continuent la chaîne paracolique ; *cæcale antérieure* avec un gros ganglion dans l'angle iléo-cæcal ;

1. Nous remercions ici M. le Prof. Rouvière à qui nous devons les éléments de ce chapitre, qu'il veuille bien croire à notre profonde gratitude.

cæcale postérieure tôt formée sur la paroi postérieure du cæcum ; *appendiculaire*, chaîne d'importance variable, avec soit un seul ganglion à la base de l'appendice (ganglions de Clado), soit formée d'éléments disséminés dans le méso-appendice.

Les lymphatiques du cæcum se distinguent en antérieurs et en postérieurs. Ils vont à la chaîne iléo-colique, soit directement soit après interruption dans un ou plusieurs ganglions des chaînes cæcales antérieures et postérieures.

Les lymphatiques de l'appendice vont à la chaîne iléo-colique directement ou après relais dans les ganglions de la chaîne appendiculaire. Certains, sans relais intermédiaires, se terminent à des niveaux différents de la chaîne iléo-colique. Parfois même, ils peuvent se rendre directement à un ganglion situé en avant de la 3^e portion du duodénum.

Les lymphatiques de la *portion terminale de l'iléon*, beaucoup plus nombreux que les autres, se rendent à la chaîne iléo-colique en traversant l'aire vasculaire de Trèves, soit directement, soit après interruption dans les petits nodules de la chaîne iléale.

Le territoire des ganglions iléo-coliques s'étend donc depuis la terminaison de la mésentérique supérieure jusqu'à l'angle droit du côlon, les deux courants convergeant vers l'angle iléo-cæcal.

Seule, la partie toute supérieure du côlon droit est tributaire de la chaîne qui suit l'artère colique droite supérieure.

De cette étude, il ressort qu'au cours des péricolites, l'étude des ganglions ne peut donner aucune indication sur l'intégrité de la terminaison de l'iléon.

Innervation (1). — Pour terminer l'étude de cette région, nous rappelons que son innervation dépend du plexus nerveux iléo-colique, qui se divise : un *filet* accompagne la branche colique sans la suivre exactement et va prendre part à la formation de l'arcade nerveuse du côlon ascendant, situé en général plus loin de l'intestin que les artères vasculaires. *Un autre filet* accompagne la branche iléale allant s'anastomoser avec les filets du plexus mésentérique supérieur. *Un et quelquefois deux*

1. Professeur agrégé Hovelacque.

filets accompagnent chacune des artères cæcales, plus rectilignes qu'elles et ne suivant pas la même courbe ; il est difficile de suivre ces filets sur le cæcum au delà de la bandelette antérieure et de la bandelette postéro-interne.

Des filets nés du rameau colique, du rameau iléal (et quelquefois des nerfs accompagnant l'artère iléo-colique), croisent en se dirigeant vers l'intestin l'aire dépourvue de troncs vasculaires qui sépare les diverses artères. Ces filets s'anastomosent entre eux et simulent, par leurs anastomoses terminales, une sorte d'arcade marginale d'où partent de fins filets pour la partie terminale de l'iléon et la région du cæcum voisine de l'abouchement iléal.

* * *

Cette étude rapide nous montre l'intérêt qu'il y a à conserver la valvule de Bauhin et nous montre, d'autre part que :

A. — au point de vue physiologique, la valvule de Bauhin est un sphincter ;

B. — L'irrigation et l'innervation de cette valvule sont suffisantes pour permettre de découper une collerette cæcale autour de cette valvule, collerette qu'on pourra anastomoser avec la transverse.

En voici la technique :

TECHNIQUE DE L'HÉMICOLECTOMIE DROITE AVEC CONSERVATION DE LA VALVULE DE BAUHIN

Les premiers temps de l'intervention sont les mêmes que ceux que nous avons décrits dans la technique de l'hémi-colectomie.

Lors de la **ligature des vaisseaux**, lorsqu'on atteint l'angle iléo-cæcal, il faut lier à distance les artères cæcales.

Plusieurs techniques ont été employées pour l'hémostase de la collerette cæcale, point délicat de l'intervention.

En premier lieu, on a procédé ainsi : collerette courte et liga-

ture des artères cœcales antérieures et postérieures au niveau du point où elles abordent le cæcum. Mais cette technique imposait une section du péritoine faite trop à ras de l'angle iléo-cæcal et pour avoir de l'étoffe, on était contraint de provoquer une légère désinvagination du grêle, ce qui certainement doit léser le sphincter.

Ensuite, on a découpé une collerette plus large en liant successivement toutes les branches des artères au fur et à mesure de la section. Il n'est besoin que de regarder les radio ci-jointes pour se rendre compte de la multiplicité des ligatures. De plus ces ligatures sont délicates ; lorsqu'on n'a pas eu la précaution de pincer les vaisseaux avant de les couper — et on ne les voit souvent que difficilement — ils se rétractent et provoquent un hématome.

Aussi, en raison des anastomoses suffisantes qui existent au niveau de l'angle iléo-cæcal entre les artères cœcales et l'iléale nous pensons qu'il faut lier les artères à distance du cæcum en continuant à découper une collerette large et en se bornant à vérifier la vascularisation.

La section de la collerette (Fig. 23) est le point délicat de l'intervention.

— Ouverture de la cavité cœcale après ligature, si besoin est, des vaisseaux courant en sa paroi.

— On pratique cette ouverture sur la paroi antérieure. On découpe alors autour de cette valvule une collerette assez large de paroi cœcale. Il ne faut pas oublier que la collerette sera relativement très large, parce que la paroi du cæcum adhère à l'iléon sur 1 à 2 centimètres et que, d'autre part, la valvule de Bauhin adhérent à la paroi postérieure du cæcum, on aura beaucoup plus de paroi cœcale en arrière qu'en avant.

Le reste de l'intervention sera fait comme il est indiqué précédemment et l'anastomose collerette transverse n'est pas plus difficile que les autres anastomoses.

PLANCHE XIII.

Hémi-colectomie avec conservation de la valvule de Bauhin.



Fig. 23. — Section de la collette cœcale.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT (suite).

RÉSULTATS DE L'HÉMICOLECTOMIE DROITE

a) SUITES OPÉRATOIRES.

La mortalité opératoire est peu élevée chez ces malades pourtant amaigris et fatigués.

Si nous nous limitons aux observations rapportées ici, nous trouvons que :

— Sur 9 hémicolectomies droites avec iléo-transversostomie, il n'y a pas de décès.

— Sur 11 hémicolectomies droites avec conservation — soit du cæcum, soit de la valvule de Bauhin — il faut enregistrer une mort au 6^e jour par phlegmon de la cuisse et péritonite localisée. La proportion de mortalité pour 20 hémicolectomies est donc de 5 %.

Parmi les suites opératoires, il faut signaler : une phlébite survenue le 14^e jour qui s'est améliorée rapidement : une fistule stercorale spontanément tarie en quelques jours, une fistule pariétale. Enfin chez une malade une violente crise douloureuse à forme subocclusive survenue le 30^e jour.

Tous les autres opérés ont eu des suites simples.

La convalescence est assez longue. Ce n'est qu'au bout de 4 à 5 semaines qu'ils ont repris une vie normale et il faut compter deux à trois mois pour qu'ils soient en état de reprendre leur travail.

Il nous semble donc qu'on peut considérer l'hémicolectomie droite comme une intervention relativement peu grave qui mérite d'être tentée vu la gravité de l'affection.

b) RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

Nous les envisagerons au point de vue clinique et physiologique (radiologiquement).

1^o Examen clinique : *Etat général.* — L'état général s'améliore considérablement. Il y a une reprise de poids qui va en augmentant. Il semble qu'au bout d'un an, un an et demi environ, le résultat opératoire puisse être apprécié. Cette reprise de poids (19 kg. Obs. 21) est fonction de l'amaigrissement subi par le malade pendant les dernières années avant l'intervention.

La constipation. — Elle cède toujours presque complètement. Même lorsque le régime n'est pas suivi, même sans huile de paraffine, il y a une selle régulière tous les jours.

Les selles. — sont normales, moulées et ceci très rapidement. Parfois, la première selle est déjà solide, plus souvent il y a diarrhée pendant 8 jours et au bout d'un mois tout rentre dans l'ordre.

Signalons pourtant que dans un cas (Obs. 13) les selles sont restées pâteuses pendant un an environ.

Les douleurs. — Elles diminuent progressivement et souvent même disparaissent. Ce sont les irradiations qui cèdent en premier, en particulier, la douleur mammaire. Les douleurs lombaires sont les plus tenaces. Parfois, il subsiste encore une zone douloureuse à la pression dans la fosse iliaque, elle correspond généralement à la terminaison du grêle.

Les crises douloureuses ne se manifestent plus. Toutefois, il peut survenir pendant les premières années, de petites crises passagères qui rappellent de loin les crises antérieures : on les retrouve aussi bien chez les malades les plus florides que chez ceux dont l'état général est passable. Elles surviennent le plus souvent après un écart de régime, traduisent une petite poussée de colite (parfois du sang dans les selles) et la reprise du régime abandonné suffit à les faire disparaître.

PLANCHE XIV.

Différents aspects d'anastomoses.



Fig. 24 (Obs. 12). — Radio 8 h. après ingestion, huit mois après l'intervention.



Fig. 25 (Obs. 11). — Après une 1^{re} évacuation du lavement.
Légère colisation du grêle.



Fig. 26 (Obs. 22). — 7 h. après ingestion.

Obs. 20. — Deux aspects de l'anastomose dont la mobilité est considérable.



Fig. 27. — Couchée (5 h. après ingestion).



Fig. 27 bis. — Debout (5 h. après ingestion).

Obs. 17. — Trois aspects d'une même anastomose deux mois après l'intervention.



Fig. 28. — 30 h. après ingestion.



Fig. 28 bis. — 8 h. après ingestion.



Fig. 28 ter. — Après lavement opaque.

C'est pour éviter leur apparition qu'on doit faire suivre à ces malades après l'intervention pendant un temps plus ou moins long, un régime médical strict.

La céphalée. — Les migraines cessent. La céphalée qui parfois existait depuis l'enfance voit son intensité décroître considérablement et disparaître complètement.

Les troubles psychiques : sauf chez une malade (Obs. 20) qui a conservé une légère atteinte psychique, chez toutes le caractère s'est adouci et la vie semble agréable à vivre à ces malades qui avant l'intervention parlaient de suicide.

Toutes les autres manifestations pathologiques subissent la même rétrocession. Il n'y a plus de troubles digestifs, le teint s'est éclairci, les règles ont repris un rythme normal, il n'y a plus de troubles urinaires mais surtout les *complications* ne sont plus à craindre.

2° Examen radiologique. — La radioscopie après ingestion et par lavement nous a permis d'étudier le fonctionnement de l'anastomose. En réalité, celle-ci est difficile à voir au moment précis où la baryte arrive à son niveau : on ne la voit nettement que lorsque la région est bien remplie.

Transit : Le transit est redevenu normal ou sensiblement normal. Parfois légère accélération du transit au début, suivi d'un faible retard pour l'évacuation totale : il n'y a pas de stase.

Le siège de l'anastomose est situé à droite de la ligne médiane. Sa hauteur est variable car il est mobile avec les positions du malade : il remonte considérablement dans la position couchée. (Fig. 27-27 bis).

Son siège varie selon que l'examen est fait par ingestion, par lavement (Fig. 28-28 ter) ; cette modification est peut-être due au remplissage du sigmoïde qui déplace l'anastomose.

Au bout de quelques années, elle descend vers le pelvis et il n'est besoin que de lire des radiographies prises à deux ans de distance pour que ce fait soit mis en évidence. Tout le côlon

également tend à s'abaisser et même l'angle gauche (fait à signaler étant donné sa fixité habituelle).

Généralement, il y a une légère dilatation au niveau de l'anastomose ; cette dilatation se fait presque toujours aux dépens du transverse. Nous l'avons trouvée constante, mais toujours très faible.

Elle se fait plus rarement au niveau du grêle : il n'y a pas de colisation du grêle (sauf dans l'obs. 11, Fig. 25). De toute façon, quand le grêle est un peu dilaté, sa dilatation n'augmente pas au cours des années suivantes.

La terminaison du grêle est pelotonnée dans la fosse iliaque droite en lieu et place du cæcum. La direction de la dernière anse est bien difficile à préciser. Nous l'avons trouvée variable avec la situation de l'anastomose, donc selon la position du malade. Si l'anastomose est haute, la dernière anse grêle sera ascendante. Si elle est basse, elle sera descendante (Fig. 27).

Elle est généralement sensible, sensibilité à la pression profonde alors que l'anastomose est le plus souvent indolore. A son niveau un examen attentif et patient permet de voir de petits mouvements péristaltiques et antipéristaltiques non douloureux qui sont rendus visibles par la présence de gaz (Fig. 27 *bis*) qu'on retrouve fréquemment à ce niveau surtout lors du lavement baryté.

Dans les cas de conservation de la valvule de Bauhin, l'étude de la région anastomatique nous a montré peu de différences. Dans tous les cas quel qu'ait été le procédé employé, nous avons noté un reflux de la baryte dans le grêle lors du lavement baryté. Peut-être y avait-il un arrêt plus prononcé dans les cas de conservation de la valvule ; une seule fois, le reflux était brutal. Ce fait correspond à ce que nous énoncions plus haut : dans l'hémi-colectomie droite il n'y a pas de colisation du grêle, et cette intervention est suivie par une adaptation parfaite de l'intestin.

CONCLUSIONS

1. La péricolite droite avec stase est une affection bien individualisée et non un syndrome.

2. Sa lésion essentielle est l'atteinte de la paroi colique : la membrane péricolique ne fait que traduire cette atteinte.

3. Elle survient chez les individus prédisposés, femmes pour la plupart qui possèdent un état de neuro-dystrophie du côlon.

Sur ce terrain se développe la colite qui infiltre la paroi du côlon et entraîne sa déchéance musculaire.

La péricolite d'une part, la stase d'autre part ne sont que les manifestations de cette infiltration pariétale ; c'est pourquoi nous l'appelons « péricolite avec stase ».

4. Son allure clinique se caractérise par une évolution progressive très longue qui s'étend sur toute une partie de la vie et dont les deux facteurs principaux sont : la colite et la stase.

On peut schématiquement la diviser en trois périodes :

Une période de début dont la ptose cœcale, la dilatation douloureuse du côlon droit ne sont que des variantes.

Une période d'état : la constipation, la douleur, la céphalée, les troubles digestifs, l'altération de l'état général en sont les principaux éléments. Ils se manifestent de façon chronique avec des périodes d'exacerbation ou « **Crises** ».

Une période de complications toxiques et infectieuses dont les plus importantes sont les complications rénales et hépatiques.

5. Son diagnostic soupçonné par la clinique est affirmé par la radiologie qui met en évidence : la stase.

6. Son traitement sera avant tout médical pendant une très longue période.

Lors de son échec il faut s'adresser au traitement chirurgical dont les indications les plus impérieuses sont :

une stase cæcale de 60 à 80 heures.

une aggravation de l'état général avec amaigrissement progressif et surtout l'apparition d'une complication.

7. L'hémi-colectomie droite est l'intervention de choix.

On devra la faire : *en un temps*, la compléter par une anastomose *termino-termi*nale.

L'exérèse devra dépasser largement les lésions, tant du côté du transverse (dont la section doit porter le plus à gauche possible) que du côté du grêle.

— Aussi sera-t-elle souvent une ILÉO-TYPHLO-COLECTOMIE droite.

— Lorsque le cæcum est libre, on pourra — et c'est l'exception — le respecter et faire une colectomie partielle terminée par une cæco-transversostomie.

— Lorsque la région iléo-cæcale seule est indemne, on pourra faire une hémi-colectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin.

8. Il semble y avoir intérêt, en effet, à conserver la valvule de Bauhin.

— Celle-ci au point de vue physiologique, est un sphincter.

— Les anastomoses artérielles de la région iléo-cæcale permettent de la conserver au cours d'une intervention chirurgicale.

— L'hémi-colectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin est à l'heure actuelle une intervention bien réglée.

9. L'hémi-colectomie droite pour péricolite droite est une intervention relativement peu grave.

A sa suite il n'y a pas de phase d'adaptation, pas de diarrhée persistante, pas de colisation du grêle.

Ses résultats éloignés sont excellents. Elle supprime radi-

lement la constipation, atténue ou fait disparaître les douleurs, la céphalée, les troubles digestifs.

L'augmentation du poids traduit cette amélioration.

Si l'on y joint la modification de l'état psychique, on peut dire qu'elle a transformé la vie de ces malades.

Vu : le Président de la thèse,

GOSSET.

Vu : le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

OBSERVATIONS

Les observations publiées sont classées :

De 1 à 9, les caeco-sigmoïdostomies qui ne sont publiées qu'au point de vue histoire clinique.

De 10 à 18, hémi-colectomie droite avec iléo-transversostomie.

De 19 à 27, hémi-colectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin.

De 28 à 29, hémi-colectomie droite avec caeco-transversostomie termino-terminale.

OBSERVATION I

Mme B..., 28 ans. Typhlo-sigmoïdostomie, mars 1926.

Depuis son enfance : douleurs abdominales, constipation (une selle tous les quatre ou cinq jours), diarrhée par intermittences. Deux ictères de courte durée.

A 28 ans : Il y a trois semaines, crise de douleurs permanentes dans tout le côté droit de l'abdomen, constipation opiniâtre (pas de fièvre, pas de vomissements), céphalée.

Examen : A la palpation, douleurs diffusées dans toute la fosse iliaque droite.

Intervention : 1^{er} mars 1926 (D^r BERGERET)

Incision au bord externe du droit du côté droit Caecum distendu, recouvert de membranes assez vasculaires qui remontent sur le côlon ascendant Appendice présentant un aspect inflammatoire chronique : appendicectomie. Typhlo-sigmoïdostomie large.

Suites opératoires : très simples.

OBSERVATION 2

Mme Ca..., 31 ans. Typhlo-sigmoïdostomie, avril 1926.

Dès l'âge de 7 ou 8 ans, céphalée intense (migraines).

A 26 ans : constipation d'emblée marquée, douleurs lombaires, vomissements, céphalée avec crises exagérées au moment des règles.

A 31 ans : douleurs mammaires, subictère.

Examen clinique : douleurs diffuses à droite.

Examen radiologique : stase cæcale droite.

53 heures après, tout le cadre colique est encore plein.

Intervention, Dr BERGERET, avril 1926, grosse péricolite droite, typhlo-sigmoïdostomie.

Suites opératoires : simples.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 6 mois après :

Pas d'amélioration : une selle tous les 5 ou 6 jours, les crises continuent.

Examen radiologique : la stase a augmenté.

a) *Après ingestion* : la baryte emplit le côlon ascendant, transverse et descendant avant de remplir la région cæco-sigmoïdienne qui n'est atteinte qu'à la 29^e heure, puis dans l'ordre : le sigmoïde, le côlon descendant, transverse se vident. — 77 heures après, il reste de la baryte dans le cæco-côlon et au niveau de l'angle splénique. La région d'anastomose semble ne rien laisser passer.

b) *Après lavement* : le lavement emprunte l'anastomose pour pénétrer dans le côlon, remplissant cæco-côlon, transverse, puis descendant. Elle est donc perméable.

— 3 ans après :

Après des phases d'amélioration, puis de rechute, gros amaigrissement, crises diarrhéiques, obsessions permanentes, on pense à réintervenir.

Examen radioscopique : la stase a augmenté.

Traversée du grêle très rapide : 40 minutes après, le cæcum est atteint.

La terminaison iléale est plaquée, très contournée contre le bas-fond cæcal contre lequel elle est accolée. *Stase iléale*, terminale de 20 heures.

Le côlon est rempli suivant le trajet normal.

4 heures après, la baryte remplit le côlon ascendant, le côlon transverse et la région anastomotique.

Pendant 8 jours, le côlon reste plein malgré 10 selles.

Il n'est vide qu'à la 77^e heure, puis le transverse se vide 24 heures après, le côlon gauche 24 heures après.

Durée totale de l'évacuation : 255 heures.

— 4 ans après :

Au cours de l'été 1930, amélioration considérable. La malade engraisse. Les selles sont quotidiennes, les règles normales, les migraines disparues.

OBSERVATION 3

Mme Le..., 33 ans (typhlo-sigmoïdostomie), avril 1926.

A 25 ans : grippe avec troubles intestinaux.

Depuis, constipation tenace, anorexie.

A 31 ans : douleurs dans la fosse iliaque avec une crise accompagnée de vomissements, durant quinze jours et diagnostiquée salpingite.

Pendant deux ans, douleurs, vomissements, constipation.

A 33 ans : les douleurs s'exagèrent, deviennent continues, malgré le régime — amaigrissement considérable.

Examen : douleurs dans la fosse iliaque droite, toucher vaginal négatif.

Intervention : août 1926 (D^r BERGERET).

Typhlo-sigmoïdostomie.

Suites opératoires : normales.

OBSERVATION 4

Mme Dec..., 34 ans (typhlo-sigmoïdostomie), mai 1926.

Au moment de sa naissance, fièvre typhoïde de la mère.

Dès l'enfance, constipation, quelques douleurs à droite.

A 18 ans, douleurs persistent avec selles prandiales.

De 24 à 28 ans, crises très violentes avec vomissements.

A 31 ans : psychasténie, céphalée, troubles digestifs, douleurs plus marquées avec irradiation dans l'épaule droite.

A 32, 33 ans, crises très violentes de coliques survenant au moment des règles; entre ces crises, constipation très marquée avec intervalle de 8 à 10 jours entre les selles.

En outre, crises douloureuses très aiguës durant six à sept heures à début brutal, la laissant très abattue.

Parfois, poussées d'infection intestinale précédées dans quelques cas, par une parésie faciale temporaire : la température monte à 40, 41 sans douleurs, mais le lendemain, des selles nauséabondes, sanglantes, traduisent leur origine intestinale. La durée de la poussée thermique n'excède pas deux jours.

En outre dermatoses multiples.

L'amaigrissement est très marqué, l'état général très déficient.

Intervention : 21 mai 1926 (D^r BERGERET).

Typhlo-sigmoïdostomie.

Résultats éloignés : A la suite de l'intervention, les crises aiguës dispa-

raissent et l'état général est meilleur, mais pendant plusieurs mois aggravation des douleurs, aggravation de la constipation.

Apparition de mammite chronique.

— 4 ans après (juillet 1930) :

Les douleurs abdominales ont disparu, les douleurs mammaires ont beaucoup diminué, les crises n'ont pas reparu depuis l'intervention.

Augmentation de poids : le résultat, dit la malade, est « inespéré ».

OBSERVATION 5

Mme M... Thyphlo-sigmoïdostomie, mai 1926.

Depuis de nombreuses années : douleurs avec crises, constipation progressive, troubles digestifs.

Examen : fosse iliaque douloureuse.

Examen radiologique : stase cœcale importante.

Intervention : 26 mai 1926 (Dr BERGERET).

Thyphlo-sigmoïdostomie large.

Suites opératoires : simples.

OBSERVATION 6

Mme Suc..., 25 ans, thyphlo-sigmoïdostomie, juin 1926.

A 15 ans : troubles gastriques.

A 20 ans : appendicectomie, peu de temps après, diarrhée.

A 21 ans, douleurs gastriques vagues avec exacerbations irradiant dans la région dorsale et lombaire, calmées par les vomissements.

Selles sanglantes : la constipation est très marquée.

Progressivement, aggravation de l'état général.

Examen radiologique : périduodénite ? Evacuation gastrique normale.

Stase cœcale droite dépassant 48 heures ; 72 heures après, il reste de la baryte dans la transverse.

Intervention : 25 juin 1926 (Dr BERGERET).

Thyphlo-sigmoïdostomie.

Suites opératoires : simples.

OBSERVATION 7

Mme S..., thyphlo-sigmoïdostomie, juillet 1926. Suivie d'hémicolec-tomie, mai 1929.

A 25 ans : pyélonéphrite (au cours d'une grossesse), constipation peu marquée.

Depuis. persistance de troubles urinaires, douleurs lombaires droites, règles douloureuses.

A 31 ans : nouvelle crise douloureuse avec fièvre. Hystérectomie. Phlébite jambe gauche.

Les crises douloureuses persistent (injections de bactériophage).

A 36 ans : ictère, douleurs, fièvre, anorexie et nausées durant un mois.

A 37 ans : douleurs épigastriques, asthénie très marquée, amaigrissement, la constipation s'est accusée.

Examen clinique : douleurs lombaires et dans la fosse iliaque, cæcum gros, dilaté, gargouillant.

Examen radiologique : cæcum ptosé, transverse ptosé.

Intervention : Dr BERGERET, juillet 1926 (service Prof. Hartmann).

Cæcum distendu, appendice sain. Typhlo-sigmoïdostomie et appendicectomie.

Suites opératoires : simples.

Résultats éloignés : la constipation, les douleurs persistent. L'état général ne s'est pas amélioré.

Deuxième intervention : le 8 mai 1923, l'anastomose typhlo-sigmoïdienne est large et très perméable.

A la partie supérieure du côlon droit, péricolite vasculaire.

Colectomie partielle, la 1/2 sup. du côlon ascendant et des 3/4 droits du transverse, colocolostomie termino-terminale.

Suites opératoires : simples.

Trois mois après : l'état général s'est amélioré.

OBSERVATION 8

M. Ga..., 31 ans. Typhlo-sigmoïdostomie, septembre 1927.

A 21 ans, fièvre typhoïde. Depuis, douleurs.

A 29 ans : appendicectomie (suites opératoires longues : se lève le 40^e jour).

Depuis : crises douloureuses, d'abord espacées puis rapprochées.

Douleurs irradiant dans la région lombaire droite. Constipation.

A 31 ans : pollakiurie.

Examen radiologique : ptose colique, stase cæcale droite dépassant 42 heures.

Intervention : 23 septembre 1927 (Dr BERGERET).

Le cæcum et le côlon sont enveloppés d'adhérences qui les fixent à la paroi antérieure à la fin du grêle et au sigmoïde.

Typhlo-sigmoïdostomie.

Suites opératoires : simples.

OBSERVATION 9

Mme Ba..., 28 ans. Typhlo-sigmoïdostomie, janvier 1927.

A l'âge de 5 ou 6 ans : entéro-colite.

Dès l'enfance : constipation qui augmente progressivement (réglée à 18 ans).

A 23 ans : douleurs à droite.

A 25 ans : appendicectomie, thermo-cautérisation des ovaires, ligamentopexie pour rétroversion. Améliorée pendant 3 mois, elle recommence à souffrir.

A 26 ans : hystérectomie, amélioration pendant 6 mois.

A 28 ans : la constipation a augmenté : les douleurs sont continuelles, amaigrissement marqué.

Examen clinique : douleurs diffuses à droite.

Examen radiologique (après ingestion) : stase cœcale droite.

48 heures après, tout le gros intestin est rempli, le cæco-côlon est douloureux.

72 heures après, le cæcum se vide, mais le côlon ascendant est encore plein.

96 heures après, il reste quelques traces de baryte dans le transverse

Intervention : Dr BERGERET (12 janvier 1927) (Service Prof. HARTMANN) :

Péricolite diffuse, typhlo-sigmoïdostomie. La cicatrice est libre, n'adhère pas en profondeur.

Suites opératoires : 1^{re} selle le 7^e jour d'emblée moulée.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 4 ans après :

Examen clinique : bon état général. La malade a engraisé de 10 kilog. Disparition des douleurs ; parfois, cependant léger endolorissement lombaire. La constipation a augmenté.

Examen radiologique : la stase a un peu augmenté :

a) *Par ingestion* (Pl. V). — Transit du grêle normal. 8 h. après, Côlon droit, région anastomotique, puis transverse, puis côlon descendant se remplissent.

32 heures après, l'image est identique.

80 heures après, il reste de la baryte dans le cæco-côlon.

b) *Par lavement* (Pl. V.). — Il passe par la bouche anastomotique remplissant le côlon, se bifurquant en deux colonnes : l'une droite, qui remplit le cæco-côlon transverse et angle gauche, l'autre gauche qui rejoint la précédente à la partie moyenne.

30 minutes après, à la suite d'une première évacuation le côlon descendant est vide.

24 heures après, le côlon transverse est en partie vide.

105 heures après, il reste un peu de baryte dans le cæcum.

OBSERVATION 10

M. V..., 28 ans, hémicolectomie droite, février 1927.

Constipation marquée depuis le plus jeune âge.

A 16 ans : douleurs dans l'hypocondre droit et la région lombaire céphalée, malaise général.

A 17 ans : contusion légère de l'abdomen (pas d'intervention).

A 26 ans : un peu de sang dans les selles, vomissements 2 heures après les repas, douleurs plus marquées.

A 28 ans : crise douloureuse durant 36 heures sans vomissement depuis cette crise, coliques fréquentes avec sensation de constriction. Amaigrissement de 6 kilos, depuis deux ans.

Examen clinique : douleurs et gargouillements à gauche de l'ombilic. Rien à droite.

Examen radiologique : ptose gastrique : pas de stase cæcale. Il ne subsiste rien après 48 heures.

Intervention : Dr BERGERET (février 1927), service Professeur HARTMANN. Côlon droit et cæcum très distendus avec péricolite et péritérophlite.

Hémicolectomie droite avec iléo-transversostomie termino-terminale.

Suites opératoires simples.

Résultats à distance : Malade non revu, son médecin dit qu'il va bien et qu'il ne souffre plus.

OBSERVATION 11

Mme L..., 29 ans, hémicolectomie droite, juin 1928.

Depuis son enfance : constipation progressive avec douleurs peu marquées, périombilicales.

Vers 16 ans : vomissements par crise de 24 heures, céphalée, fatigue.

A 28 ans : douleurs lombaires disparition brusque : amaigrissement, fatigue.

Intervention. — Dr BERGERET : juin 1928 (service Prof. HARTMANN) :

Hémicolectomie droite avec résection des 20 derniers centimètres de l'iléon. Iléo-transversostomie termino-terminale.

Suites opératoires : simples. Une selle le 4^e jour. Légère température pendant 3 semaines.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

Deux ans après : *Examen clinique* : amélioration considérable de l'état général. Disparition de la constipation des douleurs, de la céphalée. Le poids a un peu augmenté.

Examen radiologique (lavement baryté douloureux) : un arrêt recto-

sigmoïdien assez prolongé. Puis, l'angle splénique, le transverse et la terminaison du grêle s'injectent très rapidement. L'anastomose est située très à droite de l'abdomen et il y a un certain degré de *colisation* du grêle (Pl. XV).

OBSERVATION 12

Mme D..., 33 ans. Hémi-colectomie droite, février 1929.

Depuis 12 ans, constipation opiniâtre.

A 22 ans : douleurs à droite avec paroxysmes : nausées, selles glaireuses. Légère élévation de température.

Appendicectomie sans aucune amélioration.

A 27 ans : ascaridiose.

A 29 ans : un examen pratiqué montre que le cæcum est gros et clapotant, douloureux. Un lavement bismuthé ne montre aucun arrêt anormal.

A 32 ans : cure à Châtel-Guyon, à la suite amélioration.

Deux mois après ménorragie qui l'oblige à s'aliter. Dès lors les crises vont se rapprocher, déclanchées par un écart de régime le plus souvent.

A 33 ans : apparition des douleurs mammaires. Amaigrissement. Troubles psychiques.

Examen clinique : malade amaigrie, irritable, teint terreux, cæcum gros et gargouillant. Côlon gauche un peu douloureux.

Examen radiologique : stase cæcale droite. Après ingestion : 38 heures après le cæcum contient encore une assez grosse quantité de baryte.

Intervention : Dr BERGERET, février 1929. Prot. az.

Péricolite droite unissant le côlon ascendant et la branche droite du transverse. Cæcum et côlon droit très dilatés.

Iléo-typhlo-colectomie droite selon les procédés habituels.

Suites opératoires : simples. Les selles ne deviennent moulées qu'un mois après.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 10 mois après :

La constipation, les douleurs mammaires ont disparu.

Parfois, légère sensation de distension de la fosse iliaque droite. Augmentation de poids de 6 kgr. 600. Etat psychique très amélioré. Transformée, elle a repris son travail.

Examen radioscopique : l'anastomose n'est pas douloureuse ; elle est médiane, très mobile dans le petit bassin ou au niveau de crêtes iliaques nettement visible, aussi bien par ingestion que par lavement, traduite par une brusque modification du calibre (Pl. XV). L'angle gauche est ptosé.

OBSERVATION 13

Mlle R..., 24 ans. Hémicolectomie droite en nov. 1929.

A 11 ans : infection intestinale avec diarrhée, mal étiquetée.

A 19 ans : douleurs dans la fosse iliaque gauche, puis droite.

A 20 ans : appendicectomie, amélioration, puis reprise.

A 23 ans : les douleurs s'accusent sous forme de crises. Insomnie.

A 24 ans : irradiation des douleurs dans le membre inférieur droit, et vers l'hypocondre droit. Amaigrissement. Troubles digestifs. Pollakiurie.

Examen radiologique : ptose gastrique ; léger arrêt à l'angle inférieur du duodénum. Evacuation du grêle rapide. Cæcum ptosé, inaccessible à la palpation. Angle colique droit douloureux : ptose généralisée (examen fait en juin 1929).

Intervention : la situation ne s'améliorant pas malgré le traitement médical, elle est opérée le 12 novembre 1929 (D^r BERGERET) (Service du Prof. HARTMANN).

Le côlon droit est enveloppé de péricolite.

Ablation du cæcum, du côlon droit et de 1/2 droite de transverse. On découpe une collerette cæcale et on lie les branches des artères cæcales. Un hématome se produit alors ; dans ces conditions, on renonce à conserver la valvule de Bauhin et on résèque les derniers centimètres du grêle.

Iléo-transversostomie termino-terminale.

Suites opératoires : la température oscille autour de 38° jusqu'au 20^e jour. Selles d'abord diarrhéiques deviennent pâteuses le 8^e jour et ne deviendront solides qu'un an après.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 9 mois après : (septembre 1930).

L'amélioration considérable survenue pendant les 4 à 5 premiers mois ne s'est pas complètement maintenue, cependant elle a repris son travail, les règles sont régulières, plus abondantes, les urines normales. Il subsiste une légère douleur lombaire. Les selles sont toujours pâteuses.

Examen radiologique : L'anastomose est très bas, située dans le petit bassin, cachée par l'angle sigmoïde. Il est impossible de l'en dissocier.

Côlon descendant et branche gauche du transverse sont intimement accolés.

— 12 mois après :

L'anorexie et les troubles digestifs s'accroissent. Un examen radiologique décèle une stase duodénale et en décembre 1930 :

Deuxième intervention : gastro-entérostomie postérieure verticale, transmésocolique.

Au cours de cette intervention, on vérifie l'état de l'anastomose qui est libre, mobile, non adhérente.

— 17 mois après :

L'état général est parfait. Selles régulières, moulées. Pas de douleurs. A engraisé.

OBSERVATION 14

Mad. P..., 40 ans. Hémicolectomie droite fév. 30.

Dès son enfance : constipation qui ira en s'accroissant progressivement.

Vers 25 ans, douleur continue dans la fosse iliaque droite.

Crises douloureuses pendant les périodes de constipation, amaigrissement, céphalée

Examen : La palpation de l'abdomen est douloureuse dans la fosse iliaque et le flanc droit : le cæcum est particulièrement douloureux et donne une sensation de tension.

Intervention : 6 fév. 30. Dr BERGERET.

La branche droite du transverse et le côlon ascendant sont accolés l'un à l'autre par des adhérences serrées qui ne permettent pas de les séparer. Le processus de péritonite plastique se poursuit sur le cæcum et la fin de l'iléon.

Iléo-typhlo-colectomie avec iléo-transversestomie termino-terminale.

Suites opératoires : très simples.

OBSERVATION 15

Mlle M..., 30 ans, hémicolectomie droite en mai 1930.

A 18 ans : douleurs localisées au côté droit de l'abdomen avec irradiations dans la jambe droite gênant la marche.

A 20 ans : appendicectomie (pas de crise aiguë) amélioration transitoire, mais constipation qui augmente rapidement. Troubles digestifs avec crises de vomissements.

Amaigrissement, fatigue, elle cesse le travail.

A 25 ans : réintervention : cæcocololyse suivie d'amélioration des troubles digestifs mais persistance de la constipation.

A 28 ans : réapparition des douleurs avec crises diarrhéiques troubles digestifs, amaigrissement. — Traitement médical sévère. Diathermie, infra-rouge, ultra-violet, le tout sans aucun résultat.

A 30 ans : état général encore aggravé ; une crise douloureuse très violente amène la malade à réclamer l'intervention.

Examen clinique : Malade très amaigrie, très fatiguée. Sensibilité diffuse de tout l'abdomen. Foie gros.

Examen radiologique (par ingestin) : Estomac ptosé, hypertonique. Transit gastrique normal.

Le transit colique est très accéléré : 24 heures après, il ne reste que quelques traces de baryte dans le rectum.

Le diagnostic de colite avec péricolite sans stase est posé.

Intervention : Mai 1930 (Dr BERGERET, Service du Prof. HARTMANN). Péricolite droite unissant par des adhérences le côlon ascendant et la 1/2 droite du transverse, se prolongeant sur la terminaison du grêle.

Iléo-typhlo-colectomie avec iléo-transversostomie termino-terminale.

Suites opératoires : simples.

Résultats : la constipation s'améliore (une selle tous les 2 jours, moulée). Les douleurs ne sont plus continues mais quelques crises douloureuses à gauche, elle a un peu engraisé.

Nota : il nous a été impossible de retrouver cette malade.

OBSERVATION 16

Mad. E..., 47 ans, hémicolectomie droite en mai 1930.

Dès l'enfance : migraines avec troubles digestifs, constipation.

A 22 ans : faim douloureuse avec lipothymies, affection gastrique fonctionnelle.

A 37 ans (date de la 3^e et dernière grossesse) : recrudescence de la constipation.

A 47 ans : douleurs épigastriques rythmées par les repas, avec irradiations dorsales. Troubles digestifs (Nausées et vomissements). Constipation très prononcée (avec selles pâteuses).

Asthénie, amaigrissement de 4 kgr. en 1 an.

Le diagnostic d'ulcus duodénal probable est posé, mais le régime médical strict n'ayant produit aucune influence, un nouvel examen radiologique est fait en mars 1930 qui permet le diagnostic de péricolite avec stase.

L'intervention est décidée : *amaigrissement de 8 kgr.* de janvier à mai.

Examen clinique. — Sensibilité diffuse épigastrique et dans la fausse iliaque droite. Malade très amaigrie.

Radiologique : a) *par ingestion* : stase totale, mais prédominante à droite. Le côlon droit reste seul rempli 49 heures après l'ingestion. Il est très allongé, atteint 30 cm. Le cæcum est dans l'excavation pelvienne. L'angle droit en position normale. A la 85^e heure, le cæco-côlon contient encore de la baryte, mais représente une longueur normale le cæcum est remonté à la partie supérieure de la fosse iliaque dans une situation très haute (Voir Pl. II).

L'évacuation totale n'est achevée que le 8^e jour.

b) *par lavement* : dolichocôlon total avec boucle sur la partie initiale du transverse et siphon sur la partie supérieure du descendant.

Intervention : mai 1930. Dr BERGERET.

Péricolite étendue de l'angle droit à la terminaison de l'iléon. Iléo-typhlocolectomie droite avec iléo-transversostomie termino-terminale.

Suites opératoires : phlébite le 14^e jour avec température à 39°.

Le 26^e jour, température normale.

D'emblée les selles sont moulées.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 4 mois après :

Disparition des troubles dyspeptiques, de l'anorexie, de l'asthénie. Augmentation de poids (de 6 kgr.) seulement séquelles de phlébite.

Examen radiologique : la stase a complètement disparu, le transit est de 24 heures.

— 8 mois après :

État général reste parfait ; la malade refuse un nouvel examen radiologique.

OBSERVATION 17

Mad. Mat..., 29 ans, hémicolectomie droite, juillet 1930.

A 11 et 13 ans, crises d'appendicite aiguë ; à la 3^e crise appendicectomie suivie d'une phlébite de la jambe droite. Depuis, constipation. Douleurs dans le côté droit de l'abdomen qui l'empêche de se coucher du côté droit.

A 23 ans : accouchement suivi de rétention placentaire avec curettage 3 mois après. Douleurs et constipation augmentent, s'exagérant au moment des règles qui sont abondantes.

Vers 27 ans, la constipation s'exagère, n'est plus influencée par les laxatifs ; les douleurs s'irradient dans l'hypocondre droit.

A 29 ans : subictère avec décoloration des matières ; l'irradiation des douleurs s'étend à l'épaule droite.

Amaigrissement prononcé.

Examen clinique : teint terreux, malade amaigrie, douleurs localisées dans la 1/2 droite de l'abdomen sans point précis.

Examen radiologique : la mobilité du cæco-côlon est diminuée. Sa palpation n'est pas douloureuse au niveau de son bord interne.

Intervention : 19 juillet 1930, D^r BERGERET (Service du Prof. HARTMANN).

Péricalite droite surtout marquée sur le cæcum et la fin du grêle. Iléo-typhlo-colectomie droite avec iléo-transversostomie termino-terminale.

Suites opératoires : le 5^e jour, fistule stercorale qui se ferme spontanément. Les selles sont liquides les premiers jours, deviennent pâteuses le 8^e jour.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 2 mois après :

Les douleurs ont disparu, les selles sont régulières, quotidiennes sans laxatifs. Les règles sont normales. Elle a engraisé de 2 kgr.

Examen radiologique :

a) *par ingestion* (Pl. XVI)

4 heures après, la baryte atteint l'anastomose sans la franchir.
5 heures après, il semble en être de même.
8 heures après, le repas opaque occupe la fin de l'iléon et le transverse.
30 heures après, tout le côlon est rempli.
50 heures après, l'intestin est vide.
b) après lavement (Pl. XVI) :

La progression du lavement monte un temps d'arrêt à l'anastomose, puis reflue ensuite largement dans le grêle qui est dilaté.

L'anse terminale est légèrement douloureuse à la pression.

OBSERVATION 18

Mme Mey..., 48 ans, hémicolectomie droite, février 1931.

Constipation, douleurs, troubles digestifs ; intervention le 9 février 1931 : hémicolectomie droite qui enlève les trois-quarts du transverse et la terminaison du grêle typhlo-colectomie termino-terminale.

OBSERVATION 19

Mme Pe..., 40 ans, hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin, févr. 1928.

Dès l'enfance : constipation qui augmente progressivement.

A 36 ans : douleurs dans la fosse iliaque droite qui progressivement vont s'accroître.

Puis, troubles digestifs, parfois vomissements.

Malgré le régime strict, tous les signes s'aggravent, céphalée, amaigrissement.

A 39 ans : l'examen montre que l'abdomen est douloureux dans la fosse iliaque droite et dans la région vésiculaire.

La radiographie permet d'affirmer le diagnostic de cholécystite calculeuse. Cependant, la malade semble souffrir plus de son appendice que de sa vésicule.

1° *Intervention* : elle montre que l'angle droit du côlon est enveloppé par la péricolite qui unit côlon ascendant et branche droite du transverse se prolongeant sur le cæcum.

Cette péricolite ne semble pas secondaire à la lithiase biliaire car il n'existe pas de péricholécystite.

Les parois de la vésicule semblant saines, incision du fond de la vésicule, ablation du calcul. Les suites opératoires sont simples mais 5 à 6 jours après les douleurs reprennent comme auparavant.

Traitement diathermique, régime, repos sont sans influence, les douleurs augmentent et la malade demande une seconde intervention.

2° *Intervention* : juin 1928. D^r BERGERET (Service du Prof. HARTMANN).

La péricolite laissant libre la région de la valvule iléo-cæcale, hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin et anastomose d'une collerette découpée autour de cette valvule par la section du côlon transverse.

Suites opératoires : simples, mais la convalescence est longue.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

2 mois après l'intervention : saison à Plombières ; les douleurs ont disparu. Les troubles digestifs ont disparu, les selles sont régulières.

— 2 ans et demie après :

La malade écrit qu'elle va bien.

OBSERVATION 20

Mlle F..., 38 ans, hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin en juin 1928.

Dès l'enfance : constipation qui s'accroît progressivement.

A 23 ans : douleurs abdominales sourdes et continues, puis crise très douloureuse avec glaires dans les selles. Elles sont déclenchées toujours par une émotion.

La constipation augmente (une fois reste 20 jours sans aller à la selle).

Angine à répétition.

A 36 ans : « les crises s'accompagnent de vomissements et de fièvre, migraines, atteinte psychique très marquée qui impose le séjour dans une maison de santé.

Amaigrissement : 12 kgr. en 2 ans.

Examen : Malade très amaigrie d'une nervosité extrême. Sensibilité des régions cæcales et vésiculaires.

Intervention : Juin 1928. D^r BERGERET (Service du Prof. HARTMANN).

Hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin.

Suites opératoires : au 10^e jour : phlébite.

Au 15^e jour : première selle.

Au 30^e jour : crise douloureuse violente dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Puis, les selles deviennent régulières mais restent pâteuses, aspect « purée de pommes de terre mal écrasée ».

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 21 mois après l'intervention :

Les selles sont devenues régulières, quotidiennes, moulées avec cependant tous les 5 ou 6 mois un petit peu de diarrhée. En dehors de ces crises, les douleurs ont complètement disparu.

L'état psychique s'est amélioré à tel point que la malade a pu reprendre le travail.

La céphalée et les angines ont complètement disparu.

— 28 mois après :

L'état général s'est encore amélioré; pas de crises douloureuses.

Examen radiologique :

a) *Par ingestion* : 4 heures après l'ingestion, le côlon transverse est rempli. La région anastomotique un peu sensible est extrêmement mobile. La radiographie (Pl. XIV) montre que dans la station debout, une palpation énergique ne peut vaincre l'action de la pesanteur.

72 heures après, il reste un petit peu de baryte dans le sygmoïde.

b) *Lavement baryté* : Sa progression subit un temps d'arrêt à l'anastomose : une légère douleur puis le liquide reflue de façon très abondante dans les anses grêles terminales un peu dilatées.

OBSERVATION 21

Mme Sc..., 24 ans, hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin, juin 1928.

Dès l'enfance, constipation qui évolue par crises avec ténésmes et sang dans les selles.

A 20 ans, douleurs dans la fosse iliaque et dans la région lombaire, céphalée, troubles digestifs.

A 24 ans : septicémie colibacillaire avec température à 40°. Oligurie, pyurie, albuminurie.

Ces crises de pyélonéphrite durent 8 jours environ. La constipation est opiniâtre (une selle tous les 15 j.). Amaigrissement considérable, asthénie, nervosité).

Examen clinique : Malade très amaigrie, douleurs dans la région lombaire et dans toute la 1/2 droite de l'abdomen.

Examen radiologique (par lavement) : Transverse ptosé, accollement des 2 branches de l'angle colique droit non dissociables.

Intervention : 19 juin 1928. D^r BERGERET (Service du Prof. HARTMANN). Hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin (drain mèche).

Suites opératoires : ablation des mèches le troisième jour, des drains le huitième.

Première selle d'emblée le deuxième jour et d'emblée quotidienne.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 6 mois après :

Examen radiologique : a) *Par ingestion* : L'évacuation est complète en 24 heures au niveau de la partie terminale du grêle, on voit nettement les mouvements péristaltiques.

b) *Par lavement* : Pas de dilatation du grêle, mais incontinence de l'anastomose.

— 2 ans et 3 mois après :

La malade est totalement guérie; une selle quotidienne, jamais de

douleurs, aucun trouble urinaire, un état général parfait, amélioration du caractère.

Augmentation de poids de 19 kgr.

Examen radiologique (par lavement) : arrêt assez long à la bouche anastomotique, puis reflux dans les anses intestinales qui ne sont pas dilatées. La région anastomotique est indolore.

OBSERVATION 22

Mme Dev..., 33 ans, hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin, sept. 1928.

A 18 ans : « gastro-entérite ». Depuis, a toujours quelques douleurs abdominales.

A 22 ans : ictère.

A 29 ans : douleurs plus violentes après les repas accompagnées de nausées.

A 31 ans : les douleurs augmentent avec irradiation épigastrique.

Pas de constipation, mais crise diarrhéique douloureuse. L'état général s'aggrave ; elle est forcée par périodes de quitter son travail.

Appendicectomie.

A 32 ans : petite hernie inguinale ; cure radicale.

A 33 ans : douleurs, diarrhée, vomissements. En 3 mois : maigrit de 7 kgr. Asthénie considérable la contraignant à garder le lit.

Examen clinique : Malade amaigrie, teint terreux, nervosité extrême : la fatigue augmente les douleurs et la forcent à se tenir courbée.

Examen radiologique : a) *par ingestion* : Estomac hypotonique ptosé. 48 heures après, il reste deux masses de baryte, une dans le cæcum, une dans le sigmoïde ;

b) *Par lavement* :

Transverse en « V » dont la pointe est dirigée vers la fosse iliaque droite et semble fixée ainsi que toute la 1/2 droite du transverse.

Intervention : 21 septembre 1928. Dr BERGERET (Service du professeur LARTMANN). Rachi.

Colectomie portant sur le cæcum, le colon ascendant et la partie droite du transverse avec conservation de la valvule de Bauhin. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : simples.

Les premières selles sont pâteuses, moulées un mois après.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 2 ans après :

Examen clinique : Très bon état général, le teint est clair, les urines normales. Amélioration du caractère. Selles régulières. Augmentation de poids de 42 kgr. à 53 kgr. Il faut signaler cependant une petite

poussée douloureuse deux mois auparavant, avec sang dans les selles qui a duré 8 jours.

Examen radiologique : a) *Par ingestion* : 10 heures après, la région anastomatique est remplie. On voit de façon nette des ondes péristaltiques et même quelques ondes antipéristaltiques, sur la terminaison du grêle.

36 heures après, il ne reste plus de baryte dans l'intestin.

b) *Par lavement* : A la pression de 40 centimètres, il est légèrement douloureux, léger arrêt à l'anastomose. Les anses grêles sont un peu dilatées.

OBSERVATION 23

Mlle Z..., 21 ans. Hémi-colectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin, mars 1929.

Depuis son enfance : constipation.

A 15 ans : douleurs dans la fosse iliaque droite.

A 19 ans : appendicectomie, mais les douleurs persistent.

A 21 ans : constipation opiniâtre, anorexie et troubles digestifs.

Examen clinique : Douleurs dans la fosse iliaque droite.

Examen radiologique : Stase caco-œlique assez importante; la douleur est localisée sur le côlon droit.

Intervention : 12 mars 1929. Dr BERGERET.

Accolement du côlon ascendant et du transverse par des adhérences serrées. Hémi-colectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin.

Suites opératoires : simples.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

-- 3 mois après :

Bon état général. La malade part à l'étranger.

Examen radiologique montre que la région de l'anostomose est souple, indolente et mobile, la terminaison du grêle présente quelques mouvements péristaltiques et antipéristaltiques.

OBSERVATION 24

Mme H..., 41 ans. Hémi-colectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin. Juillet 1929.

Depuis l'enfance : constipation.

Vers 30 ans : céphalée très pénible accompagnée de vomissements survenant par crises de plus en plus rapprochées.

A 35 ans : douleurs dans la fosse iliaque droite survenant la nuit avec

vomissements alimentaires. Ces crises douloureuses se reproduisent à intervalles assez éloignés.

A 39 ans : appendicectomie à la suite de laquelle les douleurs et les vomissements cessent, mais la constipation persiste, puis réapparition de tous les troubles quelques mois après.

A 41 ans : l'état général s'est aggravé : douleurs continues, céphalée intense. Asthénie, anorexie, amaigrissement.

Examen clinique : douleurs dans la 1/2 droite de l'abdomen ; cæcum gros et gargouillant.

Examen radiologique : a) *Par ingestion* (Pl. I). — Estomac hypertonique petit. — Stase cæcale droite avec image caractéristique (voir fig.).

b) *Par lavement* : Cæcum très mobile : diminution nette de la mobilité de l'angle hépatique et de la portion droite du transverse.

Intervention : 19 juillet 1929. Dr BERGERET. Service du professeur HARTMANN. Rachi.

Le côlon droit est enfoui dans un repli du péritoine pariétal. Hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin.

Suites opératoires : diarrhée pendant quelques jours, puis rapidement les selles deviennent solides.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 14 mois après :

Etat général amélioré mais pas encore absolument parfait. Augmentation de poids légère. Les douleurs ont disparu de façon continue, mais trois crises douloureuses les 9^e et 10^e mois.

La céphalée a disparu.

L'examen radiologique : a) *Par ingestion* : Transit du grêle accéléré. 4 h. 1/2 après, la baryte est presque tout entière dans le côlon. Retard de l'évacuation totale.

76 heures après, il reste un petit peu de baryte dans le côlon pelvien.

b) *Par lavement* : remplissage rapide. Il ne semble pas y avoir de reflux dans le grêle.

Nota : un examen radiologique fait 6 mois après l'intervention (par lavement) avait montré un reflux très abondant de la baryte dans le grêle et une légère dilatation du transverse près de l'anastomose. Il semble que le sphincter a repris de la tonicité.

OBSERVATION 25

M. F. L..., 17 ans. Hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin, août 1929.

A 13 ans : constipation, douleurs à type de colique survenant une heure et demie après les repas.

A 15 ans : les douleurs s'accusent rythmées par l'ingestion des ali-

ments ; la fatigue et la marche les augmentent, le repos les calme.

D'abord sans localisation, elles deviennent péri-ombilicales.

A 16 ans : crise douloureuse plus violente ; céphalée, diarrhée. Le traitement médical (belladone, solution de Bourget) améliore la constipation mais ne modifie pas les douleurs ni les poussées diarrhéiques.

Examen clinique : Abdomen douloureux à la palpation dans la région sous-hépatique.

Examen radiologique : a) *Par ingestion* : Légère accélération du transit intestinal.

Examen de l'estomac ; un peu de liquide résiduel à jeun .

Duodénum ; anomalie du duodénum qui est tout entier de la colonne vertébrale.

b) *Par lavement baryté* : Tout le côlon est situé à gauche de l'abdomen. L'angle hépatique est en arrière et en dedans de la petite courbure de l'estomac. Le cæcum est replié en dedans, se logeant entre le transverse et le côlon descendant sur le flanc gauche de L 2.

Intervention : 30 août 1929, D^r BERGERET (Service du Prof. HARTMANN) prot.

L'intestin grêle occupe la 1/2 droite de l'abdomen. Le côlon, la partie gauche. La 2^e portion du duodénum se continue directement en bas sans se recourber pour passer sous la mésentérique supérieure.

Le côlon ascendant et la branche droite du transverse sont réunis par des adhérences serrées.

Au-dessous, le cæcum est libre et très mobile ; l'iléon vient s'implanter normalement sur sa face gauche après avoir décrit une courbe au-dessous de lui.

Colectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin.

Suites opératoires : simples.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— 6 mois après :

L'état général est parfait il a repris son travail. Ce malade journalier a depuis été perdu de vue.

OBSERVATION 26

M. W..., 30 ans. Hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin. Sept. 1929.

Dès l'enfance : constipation ; douleurs dans la fosse iliaque droite survenant par crises.

A 19 ans : Appendicectomie.

A 20 ans : Ictère.

A 24 ans : Diagnostic de colique hépatique.

A 30 ans : Les douleurs sont très accusées ; elles siègent à droite ; très gros amaigrissement.

Ex. Radiologique (par lavement). Le cæcum est contracturé, long à s'injecter. Injecté, il paraît très large, il est douloureux, sa mobilité est diminuée. Les deux branches de l'angle droit accolées.

Intervention : 27 sept. 1929. Dr BERGERET (Service du Prof HARTMANN) : nombreuses adhérences épiploïques à la cicatrice. Le cæcum est lui-même entouré d'adhérences épiploïques. La péricolite est intense au niveau de l'angle droit.

Colectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin.

La section de la colerette cæcale après ligature successive des branches terminales des artères est très longue et très difficile.

Fermeture sur mèche et drain.

Suites opératoires : Le 3^e jour, élévation de la température à 40°, abdomen légèrement ballonné et douloureux dans la 1/2 droite mais en même temps, phlegmon diffus de la cuisse secondaire à une piqûre de sérum.

Mort le 7^e jour.

Autopsie : Réaction péritonéale très légère au niveau de l'anastomose ; à l'ouverture de l'abdomen, les sutures tiennent mais il suffit d'une certaine traction pour les faire lâcher. On note dans la paroi même un petit abcès.

OBSERVATION 27

Mme Sa..., 50 ans. Hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin, sept. 1930.

A 22 ans : douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite, constipation.

A 23 ans : appendicectomie pour crise d'appendicite aiguë suivie d'une longue suppuration.

A 36 ans : nouvelle douleur dans la fosse iliaque droite. Constipation avec alternative de diarrhée.

Pendant 13 ans, ces douleurs augmentent progressivement avec des périodes d'exacerbation de trois à quatre mois. Amaigrissement progressif, beaucoup plus marqué les derniers mois.

Examen : malade amaigrie, douleurs à droite le long du bord externe du grand droit.

Examen radiologique : accolement du côlon ascendant et de la branche droite du transverse.

Intervention : 9 octobre 1930. Dr BERGERET. Grosse péricolite droite. La branche droite du transverse est fixée aux parois antérieure et latérale de l'abdomen. Le côlon ascendant lui est intimement accolé.

Hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin. La ligature des vaisseaux se fait ainsi : ligature de la cæcale antérieure au point où elle aborde le cæcum : cæcale postérieure au niveau de ses branches.

Suites opératoires : simples.

OBSERVATION 28

Mme R..., 42 ans. Hémicolectomie droite avec conservation du cæcum, juin 1930.

A 39 ans : constipation améliorée au début par 20 grammes de bismuth quotidien.

La constipation augmente.

Crise douloureuse pendant 10 heures : la douleur siège à l'épigastre avec irradiation ascendante, sueurs, tendance lypothymique ; on pose le diagnostic de cholécystite.

A 40 ans : deuxième crise identique et malgré une saison à Vichy les crises se rapprochent.

A 42 ans, douleurs atroces coupées de brèves accalmies, vomissements, légère défense de l'abdomen du côté droit, entre les crises, la palpation est indolente.

Gros amaigrissement : en trois ans 15 kilogs.

Examen : malade très amaigrie ; pas de point douloureux précis.

Examen radiologique : estomac ptosé, péri-duodénite.

Le côlon n'est examiné que par lavement baryté : le cæcum est sous la face inférieure du foie et l'angle droit en pleine fosse iliaque : volvulus du cæcum.

Intervention : D^r BERGERET, péricolite intéressant le côlon droit et la branche droite du transverse laissant un cæcum mobile, ce qui a permis la formation des accidents de volvulus.

Hémicolectomie avec typhlo-transversostomie termino-terminal.

Suites opératoires : simples.

Diarrhée pendant 8 à 10 jours puis selles moulées.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

— Quatre mois après :

Les crises douloureuses ont complètement disparu : elle a repris deux kilos.

Examen radiologique : transit grêle normal à la portion terminale du grêle, on voit nettement les mouvements piristaltiques et anti-piristaltiques grâce à la présence de quelques bulles d'air. Cette région est légèrement douloureuse.

Transit normal (36 heures).

Le lavement baryté reflue légèrement dans le grêle et détermine une douleur.

OBSERVATION 29

Mme Cl..., 30 ans. *Hémicolectomie* droite avec conservation du cæcum, juin 1930.

Dès l'enfance ; céphalée, parfois diarrhée.

A 26 ans : douleurs dans la fosse iliaque et dans l'hypocondre droit survenant par crises, deux fois par mois et fréquemment accompagnées de subictère.

A 27 ans : intervention : la vésicule étant saine, on pratique une appendicectomie. Céphalée, douleurs, subictère disparaissent temporairement.

A 30 ans : cure radicale d'une hernie crurale. Le 5^e jour, douleur dans la fosse iliaque qui dès lors augmente d'intensité.

Crise douloureuse avec irradiation dorsale produite par la fatigue.

Troubles digestifs, glaires dans les selles.

Intervention : 4 juin 1930. Dr BERGERET (Service du Prof. HARTMANN). Colite avec péricolite. Accolement des deux branches de l'angle droit. Prédominance des lésions au carrefour sous-hépatique. L'épiploon prend part à ces formations et adhère à la cicatrice opératoire.

Colectomie droite avec conservation du cæcum intact, typhlo-transversostomie termino-terminale.

Suites opératoires : fistulettes dont le trajet se dirige en haut, en arrière et à droite vers une masse mal limitée.

RÉSULTATS A DISTANCE :

— 3 mois et demi après :

L'état général est parfait ; selles bi-quotidiennes sans diarrhée.

Augmentation de poids : 5 kgr. Les douleurs ont complètement disparu.

BIBLIOGRAPHIE

La Bibliographie sur la péricolite droite avec stase est considérable. Aussi, nous sommes-nous borné aux publications — postérieures à 1920 — qui nous ont semblé particulièrement intéressantes.

Pour la période antérieure, on pourra consulter la thèse de Ch. LEFÈVRE : *La Chirurgie de la constipation* (Toulouse, 1919. Baillière, édit.)

- AMELINE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des stases chroniques graves du cæco-ascendant avec colite pariétale (Thèse Paris, 1926, Am. Legrand).
- ANDREOLI. — Relations entre flore rhino-pharyngée — entérocolite — colibacillose (Soc. de Path. comparée, 12 janvier 1926).
- ANTOINE. — Contribution à l'étude des syndromes douloureux cæco-coliques droits. Accolement du cæco-côlon droit en canon de fusil (*Gaz. des Hôp.*, n° 47, 14 juin 1921).
- ANTOINE et GASPERIN. — L'étude du sang au cours des infections gastro-intestinales (*Le Monde médical*, 15 avril 1923).
- ARANJO VILLELA (A. de). — Estudo anatomo y fisioclinico de côlon (Th. de Rio-de-Janeiro, 1927-1928).
- ARMSTRONG. — De l'examen radiologique dans la S. I. C. (*Paris chirurg.*, 1923, p. 220). (Soc. des Chir. de Paris, 20 avril 1923).
- AUBOURG. — De l'examen radiologique dans la S. I. C. (*Paris chirurgical*, 1923, 2 et 3, p. 220). (Soc. des Chirurgiens de Paris, 20 avril 1923).
- BASSET. — Périduodénites et appendicites (*Arch. des Mal. tub. dig.*, 1925, XV, n° 9, p. 892).
- BAUMAN. — Constipation dite atonique traitée par la spondylothérapie (Soc. de Méd. de Paris, 26 mars 1929).
- BAUMAN et M^{me} BERESOWSKI-CHESTOV. — Traitement physiothérapique des péricolites adhésives chroniques (*Journ. de Méd. et de Chir. pratique*, 25 juin 1927).
- BECLÈRE (H.). — A propos des variations de longueur d'un gros intest. (Soc. de Gastro-Entérologie de Paris, 5 fév. 1923). (*P. M.*, n° 14, 17 fév. 1923, p. 162).
- BEHAGUE (B. P.) et MATHIEU DE FOSSEY (A.). — Syndrome neuro-psychique des colites alcalines (Société de Neurologie, 7 janvier 1926). (*P. M.*, n° 11, 6 fév. 1926, p. 165). (*Monde médical*, 15 avril 1926).

- BENSAUDE, GUÉNAUX et CONSTANTIN. — L'examen radiologique dans la constipation habituelle (*J. méd. franç.*, juin 1919, p. 268).
- BENSAUDE et VINCENTE. — Les lavements de bile dans le traitement de la constipation (*Soc. méd. des Hôp.*, 7 nov. 1919). (*P. M.*, n° 67, 12 nov. 1919, p. 677).
- BERGER. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique (Thèse de Paris, 1921, n° 360).
- BERGERET. — La conservation de la valvule de Bauhin dans les iléo-colectomies (*Soc. Nat. chirurg. Paris*, 12 mars 1930).
- BERGMANN et LENZ. — Über die Insuffizienz der Valvula ileo-cæcalis (*Munch. Med. W.*, LXVIII, 1920, n° 26, 25 juin, p. 74).
- BESSOT. — L'anastomose colocolique latéro-latérale après résection du gros intestin (Thèse de Nancy, 1926-1927, n° 464).
- BEUË (P. de) et DE CAESTECKER. — Le traitement chirurgical des états de coprostase essentielle (*J. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chir.*, 1928, n° 3, p. 77).
- BLAMOUTIER. — Les mouvements antipéristaltiques normaux et anormaux de l'intestin (Thèse de Paris, 1924).
- BLOGNESI (Guiseppe). — Contribution à la pathogénie de la péricolite membraneuse (*Arch. Mal. Tub. dig. et N.*, 1920, t. X, p. 595).
- BONNEFOY. — Les membranes péricoliques. Leur rôle pathogène (Thèse de Paris, 1924).
- BONNET. — L'entérostomie, complément de la libération des adhérences dans les interventions pour péricolite (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 22 déc. 1928). (*P. M.*, n° 2, 7 janv. 1928, p. 25).
- BRENDOLAN (Schio). — Contribution clinique à l'étude de la membrane de Jackson (*Arch. Italiano di chirurgia*, t. IX, fasc. 6, 1924, pp. 664-683).
- BRIAN (M^{me} P.). — Les adénopathies mésentériques et la S. I. C. (Thèse Paris, 1925, n° 8, n° 286 (Paris, Jouve)).
- BROHÉE (G.). — Diagnostic différentiel entre l'appendicite chronique et la stase cæcale (*Journ. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chir.*, 1928, n° 10, 29 déc., p. 296).
- BRONCA. — Le sphincter iléo-colique. Etude expérimentale de son fonctionnement. Observations radiologiques (*Rev. hebd. Soc. de Biologie*, Société Argentine, XCVII, 1927, n° 31, Buenos-Ayres, 1^{er} sept.).
- BRULÉ-GARBAN. — Les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale (*P. M.*, 3 mars 1923).
- BRULÉ. — Diagnostic de l'appendicite chronique (*P. M.*, 1924, p. 893).
- CACCIA. — Traitement chirurgical de la constipation d'origine cæcale (*Arch. Méd. Belges*, LXXXI, 1928, n° 2, p. 129).
- CAPIESCO (de Bucarest). — La colopathie d'origine appendiculaire (*Acad. de Méd.*, 23 juill. 1929). (*P. M.*, n° 60, 27 juill. 1929, p. 978).
- CARNOT, HARVIER, FRIEDEL, LARDENNOIS. — Les colites. Un vol. in-8°, 224, p. 34, Baillière et Fils. Paris, 1923.

- CARNOT, BLAMOUTIER, LIBERT, FRIEDEL. — Les périviscérites digestiv. 1 vol. 174 pages, 87 fig. Cours de Gastro-Entérologie de l'Hôp. Beaujon. Baillière, édit. Paris, 1926.
- CARNOT et TERRIS. — Action des extraits post-hypophysaires sur le péristaltisme intestinal et sur la constipation (*Paris médical*, 3 avril 1926).
- CASE. — Surgical physiology and pathology of the colon from X ray stand point (*Medical Rec.* New-York, 1920, XCVII, p. 580).
- CHIRAY et LEBON. — Contribution à l'étude de la S. I. G. (*P. M.*, 25 mai 1927, n° 42, p. 657).
- COLANERI. — La position de choix pour le radio-diagnostic de l'appendice et du côlon ascendant (Soc. de Radiol. médicale de France, 8 févr. 1927). (*P. M.*, n° 20, 9 mars 1927, p. 344).
- COLE. — Voiles de l'hypocondre droit (25^e Réunion annuelle de la Soc. Amic. de Gastro-Entérologie, 1922).
- CUNÉO. — Technique de la fermeture des bouts intestinaux (Soc. de Chirurgie, 9 mai 1923). (*P. M.*, n° 39, 16 mai 1923, p. 445).
- DALSACE (J.). — S. I. Appendicite chronique et typhlo-colite. Etiologie de la S. I. C. (*Bull. méd.*, n° 18, 1923).
- DELBET (Paul). — Maladie de Glénard-Lane (*Paris chirurg.*, XV, 1923, n° 3, mars-avril).
- DESCOMPS. — Troubles du transit digestif abdominal et syndromes associés. Périviscérites et prédispositions anatomiques (*Rev. méd. française*, mai 1927).
- DESMAREST (E.). — Importance de la vascularisation des bouts intestinaux après les gastrectomies et colectom. Procédé de la recoupe et de la suture à lumière ouverte (*P. M.*, XXXI, n° 7, 24 janv. 1923, p. 69).
- DESMAREST et MERCIER. — 20 cas de résection du côlon droit pour stase cœcale (*P. M.*, Paris, XXXI, 1924, n° 94, 23 nov., p. 225).
- DIMITRI. — Contribution à l'étude du sympathique du gros intestin. Le sympathique dans la colite (*Spitalul.* Bucarest, An. 4, n° 1, janv. 1930).
- DUBOUCHER (Henri, d'Alger). — Technique de l'anastomose termino-terminale de l'intestin grêle avec le gros intestin (*P. M.*, n° 90, 9 nov. 1921, p. 895 (article)).
- DUMAS (R.). — (Rapport de DE MARTEL) Colectomie pour S. I. C. (*Bull. et Mém. de la Soc.* Paris, XLVIII, 25 janvier 1922, n° 3, p. 92).
- DUNET et PEYCELON (E.). — De l'insuffisance des anastomoses iléo et cæco-sigmoïdiennes dans le traitement de la S. I. C. Nécessité de la colectomie totale ou partielle (*Rev. de Chir.*, XLIX, 1925, n° 5, p. 373).
- DUPUY DE FRENELLE. — Cæcopexie et colopexies (XXXIV^e Congrès Fr. de Chir. Paris, 5 octobre 1925). (*P. M.*, n° 86, 28 oct. 1925, p. 1431).
- Membrane de Jackson, appendicite et pérityphlite (*Journal de Méd. de Paris*, 28 avr. 1927).

- DURAND et BINET. — Les typhlocholécystites chroniques (*P. M.*, 4 mars 1925).
- DURAND (G.) et SAVIGNAC. — Le syndrome douloureux des 3 carrefours (*Le Bulletin médical*, 1927, p. 109).
- DURAND (Gaston) et DELHERM (L.). — La diathermothérapie dans le syndrome « péricolite droite » (*P. M.*, n° 6, 19 janv. 1929, p. 93 (article)).
- DUVAL (P.) et GRÉGOIRE (R.). — Technique de la fixation du côlon droit, colopexie en équerre (*P. M.*, n° 24, 23 mars 1924, p. 233, article).
- DUVAL (P.), GRÉGOIRE et ALGLAVE. — Dilatation considérable du grêle après colectomie totale (Soc. de Chir., 20 juin 1923). (*P. M.*, n° 50, 23 juin 1923, p. 569).
- DUVAL (P.) et ROUX (J. C.). — La reconstitution d'un pseudo-cæcum aux dépens du côlon ou de l'anse iléo-colique après colectomie droite ou colectomie totale (Soc. de Gastro-Entérologie de Paris, 5 févr. 1923). (*P. M.*, n° 14, 17 févr. 1923, p. 162).
- Constipation cæcale. Stase stercorale cæco-ascendante et son traitement chirurgical (*Arch. M. T. dig.*, 1920, n° 12 et 1919, p. 705).
- DUVAL (P.). — Résultats éloignés d'une colectomie totale (Soc. de chirurgie, 11 juillet 1923) (*P. M.*, n° 57, 18 juillet 1923, p. 631).
- L'intestin grêle après colectomie totale (Acad. de Médecine, 20 nov. 1925). (*P. M.*, n° 85, 24 oct. 1925, p. 1417).
- A propos de l'hémi-colectomie droite (Soc. Nle Chir., 24 nov. 1926).
- A propos de l'art. de MM. Robineau et Laffitte sur la technique et les résultats de l'iléocoliectomie (*Arch. Mal. Tub. dig. et N.*, 1927).
- ERRARD (P. A. J.). — Traitement des colites rebelles. Les accidents de l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du côlon (Thèse Paris, 1921).
- FAROY. — Le traitement hydro-minéral des colites (*Progrès médical*, 19 juillet 1924).
- FAROY et BAUMAN. — Les deux étapes de la typhlocolite chron. (*P. M.*, 23 juin 1926).
- FAURE (J. L.). — Pourquoi l'appendicite chronique doit être opérée (*P. M.*, 19 nov. 1924, n° 93).
- FEISSLY. — Etude du fonctionnement de l'intestin dans un cas de cæco-sigmoïdostomie (*Arch. des M. Tub. dig.*, n° 2, févr. 1925).
- FELTKAMP (M.). — Lésions hautes de la moelle épinière avec paralysie du côlon par hyperfonction sympath. (VII^e Réunion Neurol. Intern. annuelle. Paris, 1^{er}, 2 juin 1926). (*P. M.*, n° 57, 17 juillet 1926, p. 905).
- FISHBOUGH. — Rapport entre le côlon et l'arthrite chronique (*Amer. J. of Surg.*, vol. II, n° 4, oct. 1929).
- FINSTERER. — Résection du côlon pour constipation chronique (*Arch. f. klin. Chir.*, t. CXXXVIII, 20 oct. 1925, pp. 449-489).

- FLANDRIN. — Complications de l'appendicite chronique et séquelles de l'appendicectomie (Thèse Paris, 1922).
- FLETCHER et DUNCAN GRAHAM. — Le gros intestin dans l'arthrite chronique (*Amer. J. of The Med. Sciences* (Philadelphie), vol. CLXXIX, n° 1, janv. 1930).
- FLINT, KEITH, PAUCHET, LANE, etc... — Discussion sur les résultats tardifs de la colectomie partielle ou totale pratiquée contre la stase colique (Proceedings of the Royal Soc. of Med. London, 1922, vol. 15, n° 8, p. 54-78).
- FORGUE, ROUX, MILHAUD, TEDENAT. — Stase cœcale et péricolite (Soc. des Sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, 27 janv. 1922). (*P. M.*, n° 13, 15 févr. 1922, p. 142).
- FOUCAULT. — Occlusions intestinales et coudures iléales (Thèse Paris, 1924).
- FOUCHÉ (René). — Système nerveux et troubles digestifs (Thèse Paris, 1925. Jouve).
- GAEHLINGER et BÉCART. — A propos de la vaccination par voie buccale dans les colites, essai de mise au point (*P. M.*, n° 9, 30 janv. 1929, p. 138).
- GAETANO (de). — Recherches sur le fœtus pour l'interprétation pathogénique des déformations congénitales du côlon ascendant déterminées par la membrane de Jackson (*La reforma medica*, 8 octobre 1921, n° 41, p. 962).
- GATÉLLIER. — Les indications chirurgicales dans le traitement de la constipation (*Journ. Méd. franç.*, 1922, n° 6).
- GOIFFON (R.). — Signes coprologiques des colites (*P. M.*, n° 34, 26 avril 1924, p. 367) *Journ. et Méd. franç.*, mai 1925.
- GONZALEZ (C.). — La diathermie dans certaines affections du gros intestin (*Arch. espanoles de enfermedades del aparato digestivo y de la nutricion* (Madrid), t. V, n° 8, août 1922). (*P. M.*, n° 8, 27 janv. 1923, p. 91).
- Traitement chirurgical des colites (*Arch. Esp. de enferm. del Apar. Dig.*, XII, n° 4, avril 1929).
- GRÉGOIRE (R.). — Péricolite membraneuse et appendicite chronique (*Arch. Mal. Tub. Dig.*, X, 1919, p. 129).
- Les pseudo-appendicites chroniques (*Paris méd.*, 1920).
- Dilatation douloureuse du côlon droit et appendicite chronique (*Arch. Mal. Tub. Dig.*, t. X, n° 8, avril 1920) (*P. M.*, n° 16, 15 sept. 1920, p. 650).
- La dilatation douloureuse du côlon droit, variété de la S. I. C. Résultats du traitement chirurgical (*Arch. Mal. Tub. Dig. et N.*, 1923, mai, n° 5). (Soc. de Gastro-Entérologie de Paris, 16 août 1923).
- La S. I. C. (*Arch. des Mal. de l'App. dig.*, XIV, 368 et 455, 1924).
- GRIMALDI. — Emicolectomia par stási ceco-colico (*Reforma Medica*, XLII, 1926, n° 30, 26 juill., p. 704).

- GUÉNAUX et VASSELLE. — Aspects lacunaires de la région iléocœcale dans les péricolites d'origine appendiculaire (Soc. de Psychiatrie, 19 mars 1925). (*P. M.*, n° 28, 8 avril 1925, p. 457).
- GUÉRIN (R.). — Stase cœcale et pérityphlite (Thèse de Montpellier, 1922).
- GUILLAUME. — Recherches sur la S. I. C. (XVI^e Congrès fr. de Méd. de Paris, 1922, t. II des compt. rend. du Congrès).
- La constipation et la S. I. C. Etude physio-pathologique et clinique (*Bull. Méd. Afr.*, 1923, n° 17). (*Gaz. des Hôp.*, n° 54-55, juillet 1923).
 - Les colotyphlites et le syndrome de la fosse iliaque droite (Paris, 1924).
- GUY-LAROCHE. — Les formes urinaires de l'appendicite chronique (*Paris médical*, 2 août 1924).
- HERTZ. — Valeur du traitement de la stase colique droite par la columnisation cæco-colique et la cæco-colopexie associées (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, n° 19, 1^{er} juin). (*P. M.*, n° 16, 8 juin 1927, p. 728).
- HIRZBERG. — S. I. C. Thèse de Paris, 1920.
- HOVELACQUE et SOURDIN. — Les artères de la région iléo-cæco-appendiculaire (Paris, 1928. Amédée Legrand).
- HUET (J. A.). — A propos des péricolites droites (*P. M.*, n° 12, 9 fév. 1929, p. 198).
- HURST (A. F.). — Constipation and allied intestinal disorders (London, 1921).
- HURST et OZOY. — Sphincters du canal aliment. et leur signification clinique (*Arch. Mal. tub. dig.*, 1925, n° 1).
- JACQUET (P.). — La colite appendiculaire et les cas limites de l'appendicite (*Paris méd.*, XIX, 1929, n° 8, 23 fév., p. 193).
- JAMIN. — Traitement hydro-minéral des colites graves avant ou après l'intervention chirurgicale (Soc. d'hydrologie méd. de Paris, 18 décembre 1928). (*P. M.*, n° 2, 5 janvier 1929, p. 26).
- JONAS, LORTHIER DE BEULE. — Colectomie totale (Soc. belge de Chir., 27 mars 1926). (*P. M.*, n° 29, 10 avril 1926, p. 458).
- JORDAN. — Radiologie de la S. I. C. (*Méd. Standard*. Chicago, 1920, XLIII, n° 6, p. 13).
- KIRBY (Francis-Joseph). — Volvulus du cæcum (*Ann. of Surg.*, p. 475, 1^{er} sem., 1929).
- KRIEFF. — Les péricolites droites chroniques et les adhérences post-opératoires péri-iléo-coliques (Thèse Paris, 1928, n° 106).
- LANE (A.). — The operative treatment of the C. I. S. (4^e édition. Londres, 1919).
- La Stase intestinale chronique (*La Clinique*. Paris, XVII, 1922, n° 9, sept.). (*Journal de Médecine de Paris*, XLII, 1923, 29 déc., n° 52).
 - Sur la Stase intestinale chronique et ses relations mécaniques avec

- les organes de voisinage (*The British Med. Journ.*, n° 3291, 26 janv. 1924).
- Les bases du traitement de la S. I. C. (Rapport de V. PAUCHET). (*Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*, XX, 1928, n° 6, 16 mars, p. 222).
- De la S. I. C. (*Med. Journ. and Record*. New-York, CXXX, n° 6, 18 sept. 1929).
- LARDENNOIS (G.). — Sur les indications chirurgicales dans le traitement de la S. I. C. (*Rev. de Med.*, XLII, 1925, n° 3, p. 161).
- Les péricolites chroniques (Rapport au XXXVI^e Congrès français de Chir., Paris, 3-8 octobre 1927. Discussion : AIMES, ALBERT, ALESSANDRI, BONNAL, DENIS, DELANGRE, DUPUY DE FRENELLE, Guillaume LOUIS, IMBERT, LAMBRET, LAPEYRE, PAUCHET, PRAT, WALTHER).
- LAZZERONI. — Diagnostic et traitement chirurgical de la S. I. C. (*La clinica medica* (Naples), an V, fasc. I et II, déc. 1929).
- LEBON. — Contribution à l'étude de la S. colique et de ses formes cliniques (Th. Paris, 1924).
- LECÈNE. — A propos des résections du côlon droit (Soc. de Chir., 4 mai 1921). (*P. M.*, n° 39, 14 mai 1921, p. 388).
- (Observation KUMMER). Six observations de résection colique (Soc. de Chir., 22 février 1922). (*P. M.*, n° 16, 25 février 1922, p. 173).
- LEFEBVRE (Ch.). — Physiol. chirurg. du gros intestin (*Paris chir.*, XIV^e, 1922, n° 8, nov.-déc., p. 572).
- Du traitement chirurgical de la stase intestinale chronique par la cæco-sigmoidostomie (*P. M.*, n° 16, 24 févr. 1923, p. 175).
- LEMO. — Stasi epato intestinale chronica (*La Chirurgia dell emia e dell add.*, XVIII, 1926, n° 1, 28 févr., p. 47).
- LÉO (G.). — Quelques remarques sur la stase intestinale colique chronique (Soc. des chir. de Paris, 19 mai 1922). (*Paris chirurg.*, 1922, XIV, p. 92). (*P. M.*, n° 43, 31 ; mai 1922, p. 470).
- LE ROY DES BARRES. — Colite et péricolite ascendante (*Rev. pratique des Mal. des pays chauds*, 1923, février).
- LESTER. — Constipation and intestinal toxemia (New-Orléans, *Med. and Sur. for. M.*, LXXVIII, 1925, n° 4, oct., p. 191).
- LEVEN (G.). — Le traitement de la constipation, symptôme artificiel (Soc. de Thérapeutique, 11 avril 1923). (*P. M.*, n° 41, 23 mai 1923, p. 471).
- LEVEUF (Jacques). — A propos des péricolites chroniques (*P. M.*, n° 30, 14 avril 1928, p. 471).
- LOEPER. — La dilatation du cæcum. (Leçon de Pathol. dig., 4^e série, p. 47 et 599).
- LOEPER et BAUMAN. — Le conflit gastro-colique (*Paris médical*, 3 avril 1926).
- LOUBIER. — Au sujet du traitement de la constipation par la galvani-

- sation rythmée (Soc. Fr. d'électrothér. et de radiologie, 22 juill. 1929). (*P. M.*, n° 64, 10 août 1929, p. 1045).
- MARTEL (de) et ARTOINE. — Les fausses appendicites (Etude clinique, radiologique et thérapeutique des syndromes douloureux du cæcum et du côlon proximal. Masson. Paris, 1922).
- MARTEL (de) et DUMAS. — Colectomie totale en deux temps pour stase intestinale chronique (Soc. de Chirurgie, 25 janvier 1922). (*P. M.*, n° 8, 28 janv. 1922, p. 83).
- MAUCLAIRE. — Greffes de séreuses pour péricolites et péricolites membraneuses (XXXII^e Congrès franç. de Chirurg. Paris, oct. 1923). (*P. M.*, n° 85, 24 oct. 1923, p. 891).
- MAZERAN. — (Châtel-Guyon) Les éléments chimiques qui permettent de dépister une stase cæcale au début (Soc. de méd. de Paris, Séance du 8 mai 1925). (*P. M.*, n° 41, 23 mai 1925, p. 680).
- MERCIER. — Etude du syndrome douloureux du côlon proximal (Thèse Paris, 1924, n° 290).
- MÉRIEL. — La colectomie à temps successifs généralisée à tous les segments du côlon (*Toulouse méd.*, 1928, n° 2).
- MEUNIER. — Colites (*P. M.*, n° 32, 20 avril 1929, p. 524).
- MICHON. — Technique d'anastomose iléo-colique termino-latérale (*Journ. de Chir.*, t. I, p. 27-1925).
- MORDWINKIN. — Ueber den Einfluss einiger endok rinen Flüssigkeiten auf die motorische Funktion des Dickarms (Endokrinologie, II, 1928, n° 2, p. 117).
- MORVAN. — La cæco-sigmoidost. dans la S. I. C. Ses résultats éloignés (Thèse Bordeaux, 1926-1927, n° 5).
- MOUTIER (Fr.). — Physiopathologie de la défécation (*J. Méd. franç.*, juin 1922).
- Maladies de l'intestin (Poinat, 1926).
- MUTEL et FOURCHE. — Le pli pariéto-colique (membrane de Jackson). (*Revue de Chir.*, 1922, n° 8 et 9, p. 509).
- ODDO (C.) et CAEHLINZER. — La thérapeutique des sympathèses dig. (*Arch. Mal. Tub. dig. et de la Nutrit.*, février 27, n° 2, p. 16).
- OKINCZYC. — Discussion sur l'iléo-sigmoidostomie (Soc. de Chir., 25 mai 1921, p. 747).
- Dix-sept résections du gros intestin en un temps (Soc. de Chir., 17 mai 1922). (*P. M.*, n° 40, 20 mai 1922, p. 436) et (Congrès de Chirurgie, octobre 1922).
- Appareil digestif et S. I. (*Prat. méd. franç.*, mai 1924, n° 10, p. 431).
- Colectomies (*Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1924, n° 5). (Soc. de Chir., 24 nov. 1926). (*P. M.*, n° 96, 1^{er} déc. 1926, p. 1511).
- A propos des résections dans la stase cæcale (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1927, n° 21).
- OUDARD et JEAN. — Péricolite inflammatoire avec stase à symptômes frustes et cirrrose atrophique concomitante (*Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, XCII, 1922, n° 10, déc. p. 144).

- PAPIN (F.). — Constipation invétérée douloureuse et cæco-sigmoïdostomie (*J. méd. Bordeaux*, 25 mars 1924).
- 13 Observations personnelles de colectomie (*J. méd. Bordeaux*, 1926, CIII, n° 11, 10 juin, p. 471).
- PASCALIS. — Contribution à l'étude du côlon mobile; appendicite et volvulus cæcal (*P. M.*, XXXVII, n° 97, 4 déc. 1929, p. 1578).
- PAUCHET (Victor). — Pathogénie de la stase intestinale chronique (*P. M.*, n° 17, 24 mars 1919, p. 151).
- Maladie de Lane (Soc. de Chir. Paris, 10 mars 1923, n° 3).
- Traitement chirurgical de la stase intestinale chronique (Soc. des Chirurg. de Paris, 10 mars 1923, et 17 décembre 1926, et 7 janvier 1927, et 16 mars 1928).
- *P. M.*, n° 5, 15 janv. 1927, p. 74; n° 24, 24 mars 1928, p. 375.
- Hémi-colectomie droite pour dolichocolon droit avec péricolite (Soc. des Chir. de Paris, séance du 21 juin 1929).
- PAUCHET et GAHLINGER. — La constipation (Doin, édit., 1926).
- POULIOT. — Les affections gynécologiques dans les péricolites (*J. Méd. franç.*, févr. 1926).
- PRAT. — Les troubles du transit cæco-colique (*Arch. médicales chirurgicales de Province*, n° 5, mai 1927).
- RAMOND (Louis). — Appendicite chronique (*P. M.*, n° 92, 17 nov. 1928, p. 1467).
- RENAUD (Denis). — Contribution à l'étude des symptômes douloureux de la fosse iliaque droite (Thèse Paris, 1923).
- RENAUDEAUX. — Constipation et transit iléo-cæcal. Etude des diverses théories pathogéniques, observations radio-cliniques (Thèse Paris, 1920-1924, n° 523).
- ROBERTSON. — Troubles nerveux dans les colites (*Méd. J. and Record*, 1925, n° 3).
- ROBINEAU. — Radiol. du gros intestin (*J. de Méd. et Chir. Pratique*, 1921, n° 13, 10 juill., p. 457).
- Indications opératoires de la S. I. C. (*Bull. Méd.*, p. 483, n° 18).
- ROBINEAU et LAFFITTE. — Technique et résultats de l'iléo-colectomie (*Arch. Mal. Tub. Dig.*, 1926, p. 1007).
- ROUX (J. C.). — Stase stercorale droite et constipation gauche. Guérison des symptômes toxiques par résection du côlon droit (*Arch. Mal. Tub. Dig. et de la Nutr.*, n° 9, nov. 1923, p. 912).
- La constipation cæcale et son traitement (*J. de Méd. et de Chir. prat.*, 1928, LXXXIX, p. 855).
- Le rôle du côlon dans l'orientation de la flore intestinale, apprécié d'après les résultats des résections coliques (Soc. de Gastro-Entérol., 8 avril 1929). (*Arch. Mal. Tub. Digest.*, t. XIX, n° 4, avril 1929).
- ROUX, BERGER. — Quelques données nouvelles sur la S. I. C. (*J. des Praticiens*, XXXIII, n° 1, 4 janv. 1919).
- SALVIN. — Résection of the cæcum and ascending colon; how the mor-

- tality may be reduced by modifying the usual operation (Surg. and Obst., XLVII, 1928, n° 2, août, p. 261).
- SAVIGNAC et Mathieu de Fossey. — Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique dans les entérocolites chroniques (Soc. Méd. Hôpitaux, 11 mai 1923).
- Réactions nerveuses dans les colites (*Paris médical*, XVI, n° 40, 2 oct. 1926).
- SCHEEN. — Résultat éloigné de colectomie pour stase intestinale chronique (*The British Med. Journal*, n° 3134, 22 janv. 1921).
- SCHIASSI-SPONGERO. — La constipation habituelle (XXXIV^e Congrès de la Soc. Ital. de Chir., avril 1929).
- SCHMIDT. — Recherches sur l'action de l'hypophysine sur l'intestin (*Zentralblatt f. Chirurg.*, t. 52, n° 3, 17 janv. 25, p. 121-123).
- SCHMIEDEN. — Le cæcum mobile comme origine de maladie (Congrès allem. de Chir., avril 1929). (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, t. CLVII, 16 nov. 1929).
- SLESINGER. — Discussion sur les résultats éloignés de la colectomie totale ou partielle pour stase du côlon (Proceedings of the Royal Society of Med. London, n° 8, juin 1922) et (*Ann. Journ. of surgery*, n° 8, août 1922).
- SOUPAULT. — Résultat éloigné, anatomique et fonctionnel de la colectomie subtotal (Soc. de Gastro-Entér. de Paris, 14 juin 1926).
- STARR (Judd E.), FIELD (Georges Alfred). — Lumbar sympathetic ganglionectomy and ramisectomy for congénital idiopathie, dilatation of the colon (*Ann. of Surg.*, 2^o sem. 1928).
- SURMONT. — Les auto-vaccins dans le traitement des affections du côlon (Soc. de gastro-entérol. de Paris, 13 févr. 1928). (*P. M.*, n° 22, 17 mars 1928, p. 345).
- TAENNIS. — Est-ce que l'insuffisance de la valvule iléo-cœcale est un syndrome indépendant? (*Arch. Mal. Tub. Dig.*, 1929, n° 3).
- TAVERNIER. — Typhlite inflammatoire aiguë, résection du côlon droit (Soc. Nat. de Méd. et des Sciences médicales de Lyon, 13 juin 1923). (*P. M.*, n° 50, 23 juin 1923, p. 571).
- THÉVENARD. — A propos de péricolites chroniques (Soc. de Méd. de Paris, 8 juin 1928). (*P. M.*, n° 59, 25 juillet 1928, p. 935).
- TRÉMOIÈRES et OLIVIER (H. R.). — Les périviscérites digestives adhésives (*J. Méd. français*, févr. 1926).
- VILLARD, SANTY. — Les colectomies pour constipation chronique (Soc. de Chir. de Lyon, 29 novembre 1928). (*P. M.*, n° 98, 8 déc. 1928, p. 1750).
- (*Lyon Chirurg.*, t. XXVI, n° 1, janv.-févr. 1929).
- WAUCH (G. E.). — Les conséquences pathologiques de la mobilité du côlon ascendant, avec les résultats de 180 opér. (*The Brit. J. of Surg.*, vol. VII, n° 27, janv. 1919). (*P. M.*, n° 48, 14 juill. 1920, p. 480).
- WEISS. — Recherches cliniques et expérimentales sur la colectomie (Masson, 1926).

- WEISS. — Essais expérimentaux sur les anastomoses coliques et leur physiologie (*Arch. Mal. Tub. Dig.*, 1929, n° 1).
- WEISS et PORCHER. — Existe-t-il une colisation de l'intestin grêle après la colectomie. Recherches expérimentales (*Arch. des Mal. Tub. Dig. et de la Nutr.*, 1925, p. 692 et n° 4, avril 1927, p. 443).
- WHITE ROBERTSON. — Stase intestinale chronique et épilepsie (*The british Med. Journ.*, n° 3339, 27 déc. 1924).
- WILLEMS (Liège), ALESSANDRI (Rome), etc... — Péricolites chroniques (XXXVI^e Congrès français de Chir., 3 octobre 1927, discussion). (*P. M.*, n° 81, 8 octobre 1927, p. 1220).
- ZENO. — Considérations sur 30 colectomies pratiquées pour S. I. G. Leurs résultats finaux (*Revista de Cirugia Buenos-Ayres*, CLV, n° 7, juillet 1927).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
DÉFINITION.....	4
CHAPITRE PREMIER. — <i>Physiopathologie du côlon droit</i>	7
A. — Motricité du côlon droit.....	7
B. — Biochimie du côlon droit.....	11
CHAPITRE II. — <i>Etiologie et pathogénie de la péricolite</i>	14
CHAPITRE III. — <i>Anatomie pathologique</i>	19
A. — La péricolite.....	19
B. — Le côlon.....	21
CHAPITRE IV. — <i>Symptomatologie</i>	23
A. — Période de début.....	24
B. — Période d'état.....	26
Clinique.	
Radiologie.	
C. — Complications.....	39
CHAPITRE V. — <i>Diagnostic</i>	43
CHAPITRE VI. — <i>Traitement</i>	49
A. — Traitement médical.....	50
B. — Traitement chirurgical.....	53
C. — Indications thérapeutiques.....	58
CHAPITRE VII. — <i>Traitement (Suite). Technique de l'hémicolectomie droite</i>	62
A. — Généralités.....	62
B. — Technique de H. C. droite avec iléo-transversostomie termino-terminale.....	64
C. — Avec conservation du cæcum.....	66
D. — Etude de la conservation de la valvule de Bauhin....	67
a) Physiologie. Anatomie.....	67
b) Technique de l'hémicolectomie droite avec conservation de la valvule de Bauhin.....	69
CHAPITRE VIII. — <i>Résultats de l'hémicolectomie droite</i>	73
CONCLUSIONS.....	75
OBSERVATIONS.....	79
BIBLIOGRAPHIE.....	83
	105

